

Вплив супутнього синдрому соматопсихічної дисфункції на якість життя хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень

А. О. Довгань, Т. В. Константинович, Ю. М. Мостовой,
О. В. Довгань, Д. В. Діденко

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна

Мета роботи – оцінити параметри якості життя (ЯЖ) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) залежно від виду та виразності супутнього клінічно значущого інтегративного синдрому соматопсихічної дисфункції (СПД).

Матеріали та методи. Обстежили за допомогою загальноприйнятих у пульмонологічній практиці методик 306 хворих на ХОЗЛ (224 (73,2 %) чоловіки та 82 (26,8 %) жінки, середній вік – $65,3 \pm 0,6$ року), з них клінічну групу А мали 38 (12,4 %) хворих, групу В – 122 (39,9 %), групу С – 28 (9,2 %), а клінічну групу D – 118 (38,5 %) пацієнтів. Контрольну групу становили 100 практично здорових осіб, репрезентативних до основної за віком і статтю. Психічний статус респондентів визначали за допомогою комплексу стандартизованих анкетних методів. ЯЖ оцінювали за допомогою української версії Міжнародного опитувальника MOS SF-36. Дані статистично опрацьовані за допомогою пакета статистичних програм SPSS 20.0 для Windows.

Результати. Встановили, що поширеність інтегративного клінічно значущого синдрому СПД у хворих на ХОЗЛ становить 68 (22,2 %) осіб, а у групі практично здорових – 2 (2,0 %) особи. Виявлено, що хворі на ХОЗЛ мають статистично вірогідно нижчі середні бали за всіма показниками ЯЖ порівняно зі здоровими особами ($p < 0,001$). Середні значення всіх показників ЯЖ у хворих на ХОЗЛ із клінічно-значущим синдромом СПД статистично вірогідно нижчі, ніж відповідні у хворих із незначущими розладами, а також порівняно з середніми значеннями в усій когорті хворих на ХОЗЛ ($p < 0,001$).

У хворих на ХОЗЛ за однотипної важкості перебігу захворювання виявляється вірогідне зниження середніх значень параметрів ЯЖ за наявності клінічно значущого синдрому СПД ($p < 0,05$).

Висновки. Хворі на ХОЗЛ за наявності клінічно значущого синдрому СПД вирізняються вірогідно нижчими середніми значеннями параметрів ЯЖ за показниками фізичного, психічного, соціального статусів, що свідчить про наявність дезадаптивних реакцій і зниження процесів пристосування до суспільства цієї категорії хворих.

Ключові слова:

хронічне обструктивне захворювання легень, якість життя, синдром соматопсихічної дисфункції.

Запорізький медичний журнал. – 2017. – Т. 19, № 5(104). – С. 581–585

DOI: 10.14739/2310-1210.2017.5.110099

E-mail: alina88dovgan@gmail.com, tvkonstantinovich@yahoo.com

Влияние сопутствующего синдрома соматопсихической дисфункции на качество жизни больных с хроническим обструктивным заболеванием лёгких

А. О. Довгань, Т. В. Константинович, Ю. М. Мостовой, А. В. Довгань, Д. В. Діденко

Цель работы – оценить параметры качества жизни (КЖ) у больных с хроническим обструктивным заболеванием лёгких (ХОБЛ) в зависимости от вида и выраженности сопутствующего клинически значимого интегративного синдрома соматопсихической дисфункции (СПД).

Материалы и методы. Обследовали с помощью общепринятых в пульмонологической практике методик 306 больных ХОБЛ (224 (73,2 %) мужчины и 82 (26,8 %) женщины, средний возраст – $65,3 \pm 0,6$ года, среди которых клиническую группу А имели 38 (12,4 %) больных, группу В – 122 (39,9 %), группу С – 28 (9,2 %), а клиническую группу D – 118 (38,5 %) пациентов. Контрольную группу составили 100 практически здоровых лиц, репрезентативных к основной по возрасту и полу. Психический статус респондентов определяли с помощью комплекса стандартизированных анкетных методов. КЖ оценивали с помощью украинской версии Международного опросника MOS SF-36. Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета статистических программ SPSS 20.0 для Windows.

Результаты. Установлено, что распространённость интегративного клинически значимого синдрома СПД у больных ХОБЛ составляет 68 (22,2 %) человек, а в группе практически здоровых лиц – 2 (2,0 %) человека. Виявлено, что больные ХОБЛ имеют статистически достоверно более низкие средние баллы по всем показателям КЖ по сравнению со здоровыми лицами ($p < 0,001$). Средние значения всех показателей КЖ у больных ХОБЛ с клинически значимым синдромом СПД статистически достоверно ниже, чем соответствующие у больных с незначимыми расстройствами, а также по сравнению со средними значениями во всей когорте больных ХОБЛ ($p < 0,001$).

У больных ХОБЛ с однотипной тяжестью течения заболевания определяется достоверное снижение средних значений параметров КЖ при наличии клинически значимого синдрома СПД ($p < 0,05$).

Выводы. Больные ХОБЛ при наличии клинически значимого синдрома СПД отличаются достоверно более низкими средними значениями параметров КЖ по показателям физического, психического и социального статусов, что свидетельствует о наличии дезадаптивных реакций и снижении процессов приспособления к обществу данной категории больных.

Ключевые слова:

хроническое обструктивное заболевание лёгких, качество жизни, синдром соматопсихической дисфункции.

Запорожский медицинский журнал. – 2017. – Т. 19, № 5(104). – С. 581–585

Key words:

chronic obstructive pulmonary disease, quality of life, syndrome of somatopsychic dysfunction.

Zaporozhye medical journal
2017; 19 (5), 581–585

The impact of concomitant syndrome of somatopsychic dysfunction on the quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease life

A. O. Dovgan, T. V. Konstantynovych, Y. M. Mostovoy, A. V. Dovgan, D. V. Didenko

The aim – to estimate the quality of life (QOL) parameters in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), depending on the type and severity of concomitant clinically significant integrative syndrome of somatopsychic dysfunction (SPD).

Materials and methods. 306 COPD patients (224 (73.2 %) men and 82 (26.8 %) women, average age (65.3 ± 0.6) years) were examined by conventional methods in pulmonology practice. Among them clinical group A had 38 (12.4 %) patients, group B – 122 (39.9 %), group C – 28 (9.2 %), and a clinical group D – 118 (38.5 %) patients. The control group consisted of 100 healthy individuals and was representative to the main by age and gender. Psychic status of respondents was determined by the complex of standardized questionnaire method. QOL was assessed using the International Ukrainian version of the QOL questionnaire MOS SF-36. Statistical analysis of the data was made using statistical software package SPSS 20.0 for Windows.

Results. It has been established that the prevalence of clinically significant integrative syndrome of SPD in COPD patients was 68 (22.2 %) patients and in the group of healthy individuals – 2 (2.0 %) persons. It has been found that patients with COPD had statistically significantly lower mean scores on all QOL parameters compared with healthy individuals ($p < 0.001$). The average values of all QOL parameters in COPD patients with clinically significant syndrome of SPD were statistically significantly lower than those in patients with insignificant disorders and compared with the average values in the entire cohort of COPD patients ($p < 0.001$). It has been established that in COPD patients with the same severity of the disease course the mean values of the QOL parameters were significantly decreased in the presence of a clinically significant SPD syndrome ($p < 0.05$).

Conclusions. Thus, patients with COPD in the presence of clinically significant SPD syndrome are characterized by significantly lower average values of QOL parameters by indicators of physical, mental and social status, and this demonstrates the presence of maladaptation to the society in these patients.

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – одна з найчастіших причин захворюваності, інвалідації та смертності у світі [3,7]. Незважаючи на широку обізнаність лікарів щодо діагностики та лікування ХОЗЛ, досягти повного контролю над захворюванням все-таки не вдається [6].

Одним із вагомих факторів, що сприяють прогресуванню ХОЗЛ, є його системні екстрапульмональні прояви, які включають серцево-судинну патологію, дисфункцію скелетних м'язів, метаболічні порушення та тривожно-депресивні розлади [3]. Питання діагностики та впливу синдромів соматопсихічної дисфункції (СПД) на перебіг ХОЗЛ вивчені недостатньо, що призводить до низького виявлення їх і, відповідно, недостатньої корекції. Також мало вивченими залишаються питання якості життя (ЯЖ) пацієнтів із ХОЗЛ за супутніх розладів психоемоційної сфери [2]. Є відомості закордонних дослідників, що ЯЖ хворих на ХОЗЛ здебільшого корелює з наявністю супутньої депресії, ніж із важкістю ХОЗЛ, що визначалася за ступенем зниження ОФВ₁ [8].

ЯЖ є доволі вагомим інтегративним показником, що демонструє ступінь адаптації хворого до свого захворювання, можливість його виконувати звичні функції на роботі та в побуті, дослідження його лікарями загальної практики дасть змогу індивідуалізувати підхід до курації кожного конкретного хворого.

Мета роботи

Оцінити параметри ЯЖ хворих на ХОЗЛ залежно від виду та виразності супутнього клінічно значущого інтегративного синдрому СПД.

Матеріали і методи дослідження

Відповідно до наказу МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р. [3] обстежили 306 хворих на ХОЗЛ (середній вік – 65,3 ± 0,6 року). Серед них було 224 (73,2 %) чоловіки

та 82 (26,8 %) жінки. Клінічну групу А діагностовано у 38 (12,4 %) хворих, групу В – у 122 (39,9 %), групу С – у 28 (9,2 %), а клінічну групу D виявили у 118 (38,5 %) пацієнтів. Контрольну групу становили 100 практично здорових осіб, репрезентативних до основної за віком і статтю.

Для верифікації клінічно значущого синдрому СПД використовували експериментально-психологічну співбесіду, що включала комплекс стандартизованих анкетних методик [4]:

1. Визначення рівня невротизації (РН) за Л. І. Васерманом (2002). За високий РН приймали показник понад 60 %, за низький рівень – показник менше ніж 60 % за шкалою.

2. Визначення рівня реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривожності за Ч. Д. Спілбергером–Ю. Л. Ханіним (2002). Високий рівень РТ та ОТ вважали в осіб, що набрали 46 балів і більше, помірний рівень РТ та ОТ – 31–45 балів, низький рівень РТ й ОТ – менше ніж 30 балів за кожною зі шкал.

3. Визначення рівня депресії (РД) за Зунге (1971) в адаптації за Т. І. Балашовою (2002). Згідно з інтерпретацією шкали: менше ніж 50 балів – «стан без депресії», 50–59 балів – «легка депресія ситуативного або невротичного генезу», 60–69 балів – «субдепресивний стан або маскована депресія», 70 балів і вище – «істинна депресія».

Виявлені соматопсихічні порушення вважали клінічно значущим інтегративним синдромом СПД за наявності у хворого високих рівнів щонайменше як за трьома з чотирьох шкал психологічного тестування.

Дослідження ЯЖ здійснили за українською версією Міжнародного опитувальника Medical Outcomes Study the 36-Item Short Form Health Survey (MOS SF-36) [5], що включає загалом 9 показників, котрі оцінюють фізичний, психічний, загальний статуси ЯЖ і порівняння здоров'я з попереднім роком (ПР). Фізичний статус характеризували показники фізичної активності (ФА), фізичного болю (ФБ) і ролі фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності

(РФ). Психічний статус оцінювався середнім значенням показників соціальної активності (СА), психічного здоров'я (ПЗ), ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ). Загальний статус включав два показники: загальне здоров'я (ЗЗ) та життєздатність (ЖЗ).

Статистичний аналіз даних виконали за допомогою пакета статистичних програм SPSS 20.0 для Windows із використанням непараметричних методів опрацювання результатів (crosstabs із визначенням критерію χ^2 Пірсона, U-тест Манна–Уїтні) [1]. Вірогідною вважали різницю показників при вірогідності похибки $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Під час дослідження встановили, що клінічно значущий синдром СПД виявлявся у 68 (22,2 %) хворих на ХОЗЛ, які мали сукупність 3 синдромів високого рівня за шкалами невротизації, РТ, ОТ і депресивних станів. Серед них було 38 (55,9 %) хворих на ХОЗЛ групи В і 30 (44,1 %) хворих на ХОЗЛ групи D. Решта 238 (77,8 %) пацієнтів із ХОЗЛ мали менше ніж 3 соматопсихічних синдроми, або мали низьку та помірну їхню виразність. У групі практично здорових осіб клінічно значущий синдром СПД був виявлений у 2 осіб (2,0 % від загальної кількості респондентів у групі).

Порівнюючи середні значення параметрів ЯЖ хворих на ХОЗЛ і практично здорових осіб, виявили, що хворі на ХОЗЛ мають статистично вірогідно ($p < 0,001$) нижчі

середні бали за всіма показниками ЯЖ порівняно зі здоровими особами (табл. 1).

Порівняння середніх значень показників ЯЖ між групами хворих на ХОЗЛ за наявності й відсутності клінічно значущого синдрому СПД показало: середні значення всіх показників ЯЖ в осіб із клінічно-значущим синдромом СПД статистично вірогідно нижчі ($p < 0,001$), ніж відповідні у хворих із незначущими розладами, а також порівняно з середніми значеннями в усій когорті хворих (табл. 2).

Для визначення впливу значущого синдрому СПД на ЯЖ хворих за однотипної важкості перебігу ХОЗЛ виконали порівняльний аналіз середніх значень показників ЯЖ залежно від клінічної групи ХОЗЛ і з урахуванням наявності клінічно значущого синдрому СПД. Так, згідно з сучасною класифікацією, хворих на ХОЗЛ із клінічними групами А та В вважають пацієнтами з низьким ризиком загострень, що мають легкий і помірний ступені порушень бронхіальної прохідності (ОФВ₁ \geq 50 % від належних). Розподілення середніх балів показників ЯЖ у цієї категорії хворих показало: пацієнти з супутньою клінічно значущою СПД мали значно нижчі показники порівняно з тими, у яких не виявили значущого синдрому СПД (рис. 1).

Водночас криві середніх значень показників ЯЖ хворих без значущого синдрому СПД клінічних груп А та В відрізнялись здебільшого за параметрами, що характеризують психічний і загальний компоненти ЯЖ і практично не відрізнялись за показником порівняння стану здоров'я з попереднім роком.

Таблиця 1. Порівняння середніх значень параметрів ЯЖ у респондентів груп дослідження

Параметри ЯЖ	Середнє значення параметрів ЯЖ (M \pm m), бали		U*	p
	Хворі на ХОЗЛ (n = 306)	Практично здорові особи (n = 100)		
Фізична активність (ФА)	48,3 \pm 1,7	93,9 \pm 1,0	2065,0	<0,001
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ)	27,7 \pm 2,1	87,0 \pm 2,3	2460,0	<0,001
Фізичний біль (ФБ)	51,6 \pm 1,6	88,0 \pm 1,6	2609,0	<0,001
Соціальна активність (СА)	66,7 \pm 1,3	91,4 \pm 1,5	3421,0	<0,001
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ)	33,7 \pm 2,2	90,0 \pm 2,4	3143,0	<0,001
Психічне здоров'я (ПЗ)	38,7 \pm 1,3	85,5 \pm 2,1	1579,0	<0,001
Життєздатність (ЖЗ)	55,3 \pm 1,1	87,8 \pm 1,6	2149,0	<0,001
Загальне здоров'я (ЗЗ)	22,5 \pm 1,1	77,5 \pm 2,3	1257,0	<0,001
Порівняння з попереднім роком (ПР)	32,1 \pm 1,5	60,5 \pm 2,1	3348,0	<0,001

*: аналіз здійснили за допомогою непараметричного U-тесту Манна–Уїтні, оскільки розподілення всіх показників ЯЖ у групах, що обстежували, за тестом Колмогорова–Смірнова відрізнялось від нормального.

Таблиця 2. Розподілення середніх значень показників ЯЖ у хворих на ХОЗЛ залежно від виразності СПД*

Показники ЯЖ	Середні значення показників ЯЖ, (M \pm m), бали		U	Значущість, p
	У хворих із клінічно-незначущою СПД (n = 238)	У хворих із клінічно-значущою СПД (n = 68)		
ФА	52,7 \pm 1,9	33,1 \pm 3,5	4954,0	<0,001
РФ	32,5 \pm 2,5	11,0 \pm 2,9	5559,5	<0,001
ФБ	56,3 \pm 1,9	34,2 \pm 2,1	4182,5	<0,001
СА	71,6 \pm 1,3	49,7 \pm 3,3	4246,0	<0,001
РЕ	38,4 \pm 2,6	17,2 \pm 4,0	5436,5	<0,001
ПЗ	42,9 \pm 1,4	23,9 \pm 1,8	3887,5	<0,001
ЖЗ	59,4 \pm 1,1	41,1 \pm 2,4	4054,5	<0,001
ЗЗ	25,4 \pm 1,2	12,5 \pm 1,8	5062,0	<0,001
ПР	36,3 \pm 1,7	17,3 \pm 2,4	4602,5	<0,001

*: аналіз здійснений за допомогою методу U-тесту Манна–Уїтні для 2 незалежних вибірок.

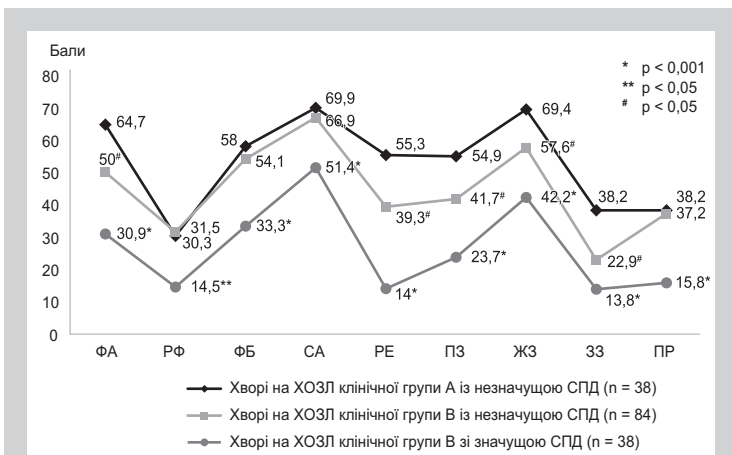


Рис. 1. Параметри якості життя у хворих на ХОЗЛ груп А та В залежно від виразності соматопсихічної дисфункції.

*: порівняно з хворими з клінічною групою А;
 ,*: порівняно з хворими з незначущою СПД.

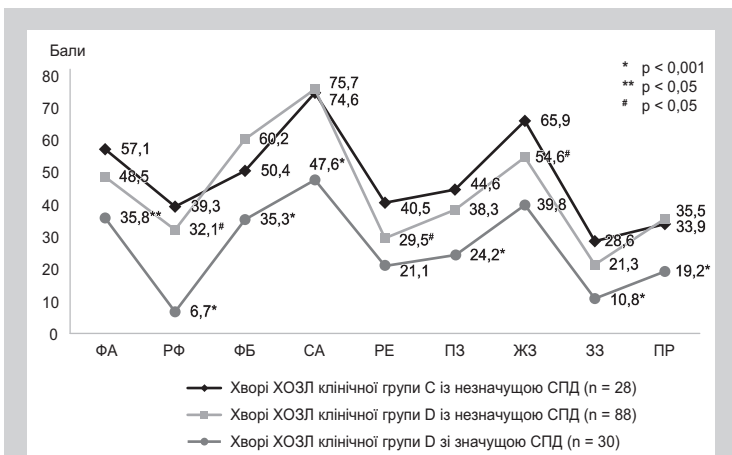


Рис. 2. Параметри якості життя у хворих на ХОЗЛ груп С і D залежно від виразності соматопсихічного синдрому.

*: порівняно з хворими з клінічною групою С;
 ,*: порівняно з хворими з незначущою СПД.

Проаналізували також узагальнюючі показники фізичного статусу ЯЖ (середнє значення балів за показниками ФА, РФ і ФБ), психічного статусу (середній бал за показниками ПЗ, СА та РЕ) та загального статусу (середній бал за показниками ЖЗ і ЗЗ).

Так, у хворих із клінічною групою В і супутнім клінічно значущим синдромом СПД виявляються з максимальною статистичною вірогідністю ($p < 0,001$) нижчі середні значення фізичного статусу ($26,2 \pm 3,4$) проти ($45,2 \pm 2,9$) бала, психічного статусу ($29,7 \pm 3,6$) проти ($49,3 \pm 2,4$) бала та загального статусу ($28,0 \pm 2,4$) проти ($40,3 \pm 1,8$) бала, ніж у хворих з аналогічними клініко-функціональними параметрами без значущих синдромів СПД.

До другої категорії пацієнтів зарахували хворих на ХОЗЛ із високим ризиком загострень, які мають тяжкий і дуже тяжкий ступінь порушення бронхіальної прохідності ($ОФВ_1 < 50\%$ від належних) і належать до клінічних груп С і D. Рівні середніх значень показників їх ЯЖ наведені на рисунку 2.

Виявили, що хворі з багатосимптомним перебігом ХОЗЛ (клінічна група D) характеризувались нижчими середніми балами ЯЖ за шкалами РФ, РЕ та ЖЗ порівняно з пацієнтами, які мали менше виражену клінічну симптоматику та аналогічні функціональні показники (група С).

Порівнюючи ЯЖ пацієнтів клінічної групи D з урахуванням наявності синдрому СПД, виявили, що хворі зі значущим його рівнем мали статистично вірогідно (p у діапазоні від $<0,001$ до $0,027$) нижчі середні значення за всіма параметрами ЯЖ, окрім РЕ ($p = 0,103$).

Встановлено з максимальним ступенем вірогідності ($p < 0,001$), що приєднання клінічно значущого синдрому СПД обтяжує фізичний статус ($25,9 \pm 2,9$) проти ($46,9 \pm 2,4$) бала), психічний статус ($31,0 \pm 3,3$) проти ($47,9 \pm 1,8$) бала) та загальний статус ($25,3 \pm 2,5$) проти ($38,0 \pm 1,4$) бала) як основні компоненти ЯЖ.

Висновки

1. Порівняно з практично здоровими особами хворі на ХОЗЛ із високим ступенем статистичної вірогідності мають нижчі середні значення ЯЖ за всіма показниками фізичного, психічного та загального статусів, а також оцінювання здоров'я порівняно з минулим роком і з практично здоровими особами ($p < 0,001$).

2. У хворих на ХОЗЛ найбільшого негативного впливу зазначають показники РФ, РЕ та ЗЗ, що набувають особливо низьких значень за наявності в пацієнтів клінічно значущого синдрому СПД.

3. У хворих на ХОЗЛ за одностійної важкості перебігу виявляється вірогідне зниження середніх значень параметрів ЯЖ за наявності клінічно значущого синдрому СПД, що підтверджує негативний вплив вторинних психічних порушень на процеси соціалізації та адаптації цієї категорії хворих.

4. Окрім впливу ХОЗЛ на ЯЖ хворих, не менш потужний негативний вплив здійснюють супутні розлади психоемоційної сфери. При цьому найвразливішими до такого впливу виявились показники РФ, РЕ, ПЗ і ЗЗ.

Аналіз показників ЯЖ дає можливість лікарям-практикам оцінити вплив захворювання на пацієнта загалом, визначити найуразливіший компонент ЯЖ у кожному конкретному випадку. Це дасть можливість здійснити більш прицільну реабілітацію хворих з урахуванням слабкої ланки у сфері життєдіяльності (фізичної чи психічної) з метою досягнення максимально можливої їхньої соціальної адаптації.

Список літератури

- [1] Бююль А. SPSS: искусство обработки информации. Platinum Edition : пер. с нем. / А. Бююль, П. Цефель. – СПб. : ДиаСофтЮП, 2005. – 608 с.
- [2] Константинович Т. В. Особливості параметрів якості життя хворих на бронхіальну астму за фіксованих розладів емоційно-психічної сфери та їх динаміка під впливом терапії / Т. В. Константинович // Вісник морфології. – 2013. – №2. – С. 391–398.
- [3] Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень» від 27.06.2013 р. №555 [Електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130627_0555.html
- [4] 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>

- [5] Фещенко Ю. І. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою / Ю. І. Фещенко, Ю. М. Мостовой, Ю. В. Бабійчук // Український пульмонологічний журнал. – 2002. – №3. – С. 9–11.
- [6] Фещенко Ю. І. Хронічне обструктивне захворювання легень і супутні депресія та розлади сну / Ю. І. Фещенко, Л. О. Яшина, О. В. Поточняк // Український пульмонологічний журнал. – 2013. – №3. – С. 33–40.
- [7] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report [Електронний ресурс] / WHO, 2017. – Режим доступу: <http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>
- [8] Yohannes A. M. Mood disorders in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease / A. M. Yohannes, R. C. Baldwin, M. J. Connolly // *Rev Clin Gerontol.* – 2000. – №10. – P. 193–202.

References

- [1] Byuyul', A., & Cefel', P. (2005) SPSS: iskusstvo obrabotki informacii. Platinum Edition [SPSS: the art of information processing. Platinum Edition]. Saint Petersburg: LLC DiaSoftYuP. [in Russian].
- [2] Konstantynovych, T. V. (2013). Osoblyvosti parametriv yakosti zhyttia khvorykh na bronkhialnu astmu za fiksovanykh rozladiv emotsiino-psychichnoi sfery ta yikh dynamika pid vplyvom terapii [Features of the parameters of quality of life in patients with asthma fixed emotional-psychological disorders and their dynamics under the therapy]. *Visnyk morfolohii*, 2, 391–398. [in Ukrainian].
- [3] Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. (2013) Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy «Pro zatverdzhennia ta vprovadzhennia medyko-tekhnologichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy pry khronichnomu obstruktyvnomu zakhvoriuvanni lehen» vid 27.06.2013 r. №555 [Order of MOH of Ukraine «On approval and introduction of medical and technological documents on standardization of care in chronic obstructive pulmonary disease» from June 27, 2013 №555]. Retrieved from: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130627_0555.html [in Ukrainian].
- [4] Nauchnyj centr psikhicheskogo zdorov'ya RAMN. Psichometricheskie shkaly dlya ocenki depressij i metodika ikh primeneniya [Psychometric scales for assessment of depressions and methods of their use]. Retrieved from: <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/22/chapter/37> [in Russian].
- [5] Feshchenko, Yu. I., Mostovoy, Yu. M., & Babychuk, Yu. V. (2002). Protseura adaptatsii mizhnarodnoho opytuvaynika otsinky yakosti zhyttia MOS SF-36 v Ukraini. Dosvid zastosuvannya u khvorykh bronkhialnoiu astmoiu [The procedure of adaptation of international quality of life questionnaire MOS SF-36 in Ukraine. The experience of administration in asthma patients]. *Ukrainskyi pulmonologichnyi zhurnal*, 3, 9–11. [in Ukrainian].
- [6] Feshchenko, Yu. I., Yashina, L. O., & Potochniak, O. V. (2013) Khronichne obstruktyvne zakhvoriuvannya lehen i suputni depresia ta rozlady snu [Chronic obstructive pulmonary disease and concomitant depression and sleep disorders]. *Ukrainskyi pulmonologichnyi zhurnal*, 3, 33–40. [in Ukrainian].
- [7] WHO. (2017) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Retrieved from: <http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>
- [8] Yohannes, A. M., Baldwin, R. C., & Connolly, M. J. (2000). Mood disorders in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Rev Clin Gerontol*, 10, 193–202. doi: 10.1017/S0959259800002100.

Відомості про авторів:

Довгань А. О., аспірант каф. пропедевтики внутрішньої медицини, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна.

Константинович Т. В., д-р мед. наук, професор каф. пропедевтики внутрішньої медицини, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна.

Мостовой Ю. М., д-р мед. наук, професор каф. пропедевтики внутрішньої медицини, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна.

Довгань О. В., канд. мед. наук, доцент каф. нормальної фізіології, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна.

Діденко Д. В., асистент каф. пропедевтики внутрішньої медицини, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна.

Сведения об авторах:

Довгань А. А., аспирант каф. пропедевтики внутренней медицины, Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Украина.

Константинович Т. В., д-р мед. наук, профессор каф. пропедевтики внутренней медицины, Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Украина.

Мостовой Ю. М., д-р мед. наук, профессор каф. пропедевтики внутренней медицины, Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Украина.

Довгань А. В., канд. мед. наук, доцент каф. нормальной физиологии, Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Украина.

Діденко Д. В., ассистент каф. пропедевтики внутренней медицины, Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Украина.

Information about authors:

Dovgan A. A., MD, Post-Graduate Student, Department of Propeudeutic to Internal Medicine, Vinnytsia National M. I. Pirogov Memorial Medical University, Ukraine.

Konstantynovych T. V., MD, PhD, DSci, Professor, Department of Propeudeutic to Internal Medicine, Vinnytsia National M. I. Pirogov Memorial Medical University, Ukraine.

Mostovoy Yu. M., MD, PhD, DSci, Professor Department of Propeudeutic to Internal Medicine, Vinnytsia National M. I. Pirogov Memorial Medical University, Ukraine.

Dovgan A. V., MD, PhD, Associate Professor, Department of Normal Physiology, Vinnytsia National M. I. Pirogov Memorial Medical University, Ukraine.

Didenko D. V., MD, Assistant, Department of Propedeutics to Internal Medicine, Vinnytsia National M. I. Pirogov Memorial Medical University, Ukraine.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of Interest: authors have no conflict of interest to declare.

Надійшло до редакції / Received: 22.05.2017

Після доопрацювання / Revised: 30.05.2017

Прийнято до друку / Accepted: 07.06.2017