



Т. О. Перцева¹, Л. І. Конопкіна¹, О. В. Вереса², Ю. В. Губа¹

Рівень тривожності у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень: діагностика, диференціальна діагностика, підходи до лікування

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

²КЗ «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня»

Ключові слова: ХОЗЛ, симптоми, тривожності шкала симптоматична.

Психічні розлади, зокрема підвищена тривожність, належать до коморбідних станів при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ) і негативно впливають на загальний стан хворих, їх якість життя, прихильність до тривалого лікування, погіршують ефективність реабілітаційних заходів.

Останнім часом дослідники приділяють багато уваги вивченню причинно-наслідкових зв'язків між підвищеною тривожністю та клініко-функціональними проявами ХОЗЛ.

Мета роботи – встановити зв'язок між клінічними проявами та рівнем тривожності у хворих на ХОЗЛ.

Матеріали та методи. Обстежили 77 хворих на ХОЗЛ.

Обстеження включало загальноклінічні методи, оцінювання клінічних симптомів, у тому числі за допомогою опитувальників, спірометрію. Визначення рівня тривожності здійснили за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії. Завершальне оцінювання психічного стану хворих виконав лікар-психіатр.

Результати. Хворі на ХОЗЛ із підвищеною тривожністю та з нормальним її рівнем здебільшого не відрізняються між собою за демографічними показниками та рівнем вентиляційних порушень. Однак у хворих на ХОЗЛ із підвищеною тривожністю виразність задишки та виразність симптомів у цілому більш значуща, ніж у хворих із нормальним рівнем тривожності.

Висновки. Пацієнтам, які виявляють підвищену тривожність, слід рекомендувати консультацію лікаря-психіатра. Водночас нормальний рівень тривожності у хворих на ХОЗЛ за анкетною HADS-тривога не виключає можливої наявності у них інших змін психічного статусу.

Уровень тревожности у больных хроническим обструктивным заболеванием лёгких: диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к лечению

Т. А. Перцева, Л. И. Конопкина, Е. В. Вереса, Ю. В. Губа

Психические расстройства, в том числе повышенная тревожность, относятся к коморбидным состояниям при хроническом обструктивном заболевании лёгких (ХОЗЛ) и негативно влияют на общее состояние больных, их качество жизни, приверженность к длительному лечению, ухудшают эффективность реабилитационных мероприятий.

В последнее время исследователи уделяют много внимания изучению причинно-следственных связей между повышенной тревожностью и клинико-функциональными проявлениями ХОЗЛ.

Цель работы – установить связь между клиническими проявлениями и уровнем тревожности у больных ХОЗЛ.

Материалы и методы. Обследовано 77 больных ХОЗЛ.

Обследование больных включало общеклинические методы, оценку клинических симптомов, в том числе с помощью опросников, спирометрию. Определение уровня тревожности проводилось с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Заключительная оценка психического состояния больных проводилась врачом-психиатром.

Результаты. Больные ХОЗЛ с повышенной тревожностью и с нормальным её уровнем не отличаются между собой по демографическим показателям и уровню вентиляционных нарушений. Однако у больных ХОЗЛ с повышенной тревожностью выраженность одышки и выраженность симптомов в целом более значима, чем у больных с нормальным уровнем тревожности.

Выводы. При выявлении повышенной тревожности пациентам следует рекомендовать консультацию врача-психиатра. В то же время нормальный уровень тревожности у больных ХОЗЛ по анкете HADS-тревога не исключает возможного наличия у них других изменений психического статуса.

Ключевые слова: ХОЗЛ, симптомы, тревожности шкала симптоматическая.

Запорожский медицинский журнал. – 2016. – №2 (95). – С. 40–43

The level of anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease: diagnosis, differential diagnosis and treatment approaches

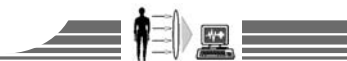
T. O. Pertseva, L. I. Konopkina, O. V. Veresa, Yu. V. Huba

Mental disorders including increased anxiety are comorbid conditions in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). They have a negative influence on the general condition of patients, their quality of life, and commitment to long-term treatment, impair the effectiveness of rehabilitation.

Recently, researchers devoted much attention to the study of causal relationships between increased anxiety, clinical and functional manifestations of COPD.

Objective: to establish a link between clinical manifestations and the level of anxiety in patients with COPD.

We examined 77 patients with COPD. A survey of patients included general clinical methods, evaluation of clinical symptoms, including by means of questionnaires, spirometry.



Determining the level of anxiety was made using Hospital Anxiety and Depression Scale. The final evaluation of the mental state of patients was conducted by psychiatrist.

COPD patients with increased anxiety and with normal levels of anxiety did not have differences in demographic parameters and the level of ventilation disorders. However, in COPD patients with increased anxiety the severity of dyspnea and the severity of symptoms is generally more severe than in patients with normal levels of anxiety.

In identifying increased anxiety in patients should be advised to consult by psychiatrist. At the same time, the normal level of anxiety in patients with COPD by questionnaire HADS-anxiety does not exclude the possible presence of other changes in mental status.

Key words: COPD, Symptoms, Manigest Anxiety Scall.

Zaporozhye medical journal 2016; №2 (95): 40–43

Психічні розлади належать до коморбідних станів при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ) [5] і можуть бути однією з причин несприятливого прогнозу перебігу хвороби [5,8]. Серед доволі поширених психічних змін – підвищена тривожність [9], котра негативно впливає на загальний стан хворих, якість їхнього життя, прихильність до тривалого лікування, а також погіршує ефективність реабілітаційних заходів [7]. Рівень тривожності необхідно враховувати і при тривалому веденні хворих.

Останнім часом дослідники приділяють чимало уваги вивченню причинно-наслідкових зв'язків між підвищеною тривожністю та клініко-функціональними проявами ХОЗЛ. Підвищений рівень тривожності при цьому захворюванні часто асоціюється з молодим віком, жіночою статтю, погіршенням вентиляційної функції легень, тяжкістю гіпоксії, зниженням фізичної активності хворих. Найчастіше підвищення рівня тривожності пов'язують з високою виразністю симптомів ХОЗЛ, особливо з виразністю задишки [5,8,9].

Мета роботи

Встановити зв'язок між клінічними проявами та рівнем тривожності у хворих на ХОЗЛ.

Матеріали і методи дослідження

Обстежили 77 хворих на ХОЗЛ (чоловіків – 64 (83,1%), середній вік – $63,2 \pm 0,9$ року, рівень об'єму форсованого видиху за першу секунду ($ОФВ_1$) – $52,0 \pm 1,8\%$ належної величини).

Формулювання клінічного діагнозу ХОЗЛ здійснили згідно з наказом МОЗ України №555 від 27.06.2013 р. [1]. Усі хворі перебували у стабільній фазі захворювання протягом принаймні останніх двох місяців та отримували терапію згідно з наказом МОЗ України №555 від 27.06.2013 р. [1]. Усі хворі підписали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Обстеження хворих включало загальноклінічні методи (збір скарг, анамнезу захворювання, анамнезу життя, фізикальне обстеження), оцінювання клінічних симптомів, зокрема 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)) [1,4,8], спірометрію з визначенням $ОФВ_1$ після проби з бронхолітиком методом комп'ютерної спірометрії на апараті «MasterScreen Body/Diff» («Jaeger», ФРН).

Визначення рівня тривожності виконували за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії (англ. – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)), котра призначена

для виявлення депресивних і тривожних порушень у хворих соматичного профілю. Шкала HADS складається з двох частин: одна стосується виразності симптомів тривожності, друга – виразності симптомів депресії. Оцінювання результатів за виразністю тривожності здійснювали за сумою балів у відповідній частині анкети (HADS-тривога). Кількість балів 0–7 відповідає нормальному рівневі тривожності, 8–10 – легкому ступеню тривожності, 11–15 – помірному ступеню тривожності, 16 і більше – тяжкому ступеню тривожності [2,6,10,11].

Остаточне оцінювання психічного стану хворих здійснював лікар-психіатр із застосуванням клініко-анамнестичного, психопатологічного та психодіагностичних методів [2].

Результати статистично опрацьовані з використанням методів біометричного аналізу за допомогою програми STATISTICA 6.1. Оцінювання вірогідності відмінностей здійснили за критеріями Стьюдента, Манна-Уїтні та Пірсона. Аналіз показників із нормальним розподілом виконали за середнім значенням і помилкою середнього, з ненормальним розподілом – за медіаною та квантилями (Me [25–75]) [3].

Результати та їх обговорення

Майже у чверті хворих, які обстежені на ХОЗЛ (17 осіб (22,1%) виявлена підвищена тривожність за анкетною HADS-тривога. У зв'язку з цим, залежно від наявності або відсутності цієї патології, було сформовано 2 групи: до основної групи ввійшли усі 17 (22,1%) хворих на ХОЗЛ з підвищеною тривожністю (чоловіків – 13 (76,5 \pm 10,3%), середній вік – $63,1 \pm 1,9$ року, рівень $ОФВ_1$ – 51,0% належної величини, середній бал за анкетною HADS-тривога – $10,1 \pm 0,4$); групу порівняння становили 60 (77,9%) хворих на ХОЗЛ із нормальним рівнем тривожності (чоловіків – 52 (86,7%), ($p=0,458$ у порівнянні з основною групою), середній вік – $63,0 \pm 1,1$ року ($p=0,952$ в порівнянні з основною групою), рівень $ОФВ_1$ – $52,2 \pm 2,0\%$ належної величини ($p=0,787$, порівнюючи з основною групою), середній бал за анкетною HADS-тривога – $3,0 \pm 0,3$ ($p=0,0001$ порівняно з основною групою). Лікування усіх хворих в обох групах було однаковим і включало інгаляційні глюкокортикостероїди, бронхолітики пролонгованої дії та бронхолітики короткої дії за потребою. Отже, групи хворих на ХОЗЛ з підвищеною тривожністю та з її нормальним рівнем за демографічними показниками та рівнем $ОФВ_1$ не відрізнялись.

Задишка в осіб основної групи за шкалою mMRC була дещо більш виразною, ніж в осіб групи порівняння (середні бали – 3 [2–3] та 2 [1–2] відповідно, $p=0,018$).



Характер порушень психічного стану у хворих основної групи, які були консультовані лікарем-психіатром

№ з/п	За даними анкети HADS-тривога		Висновки за результатами обстеження лікаря-психіатра	Збіг
	ступінь підвищення тривожності	відповідна кількість балів		
1	легкий	8	тривожний розлад легкого ступеня	так
2	легкий	8	легкий депресивний розлад	ні
3	легкий	8	без психічних розладів	ні
4	легкий	10	церебральний атеросклероз із порушенням когнітивних функцій	ні
5	помірний	11	тривожно-депресивний розлад	часткове
6	помірний	12	істеричний розлад особистості	ні

Виразність симптомів ХОЗЛ за шкалою САТ була більш значущою в основній групі, ніж у групі порівняння (середні бали – 21,2±2,2 та 16,1±0,9 відповідно ($p=0,015$)).

Частина хворих погодилися на обстеження в лікаря-психіатра: 6 (35,3%) хворих основної групи та 30 (50,0%) хворих групи порівняння. Незважаючи на те, що усі 6 хворих основної групи, які були обстежені лікарем-психіатром (за анкетними даними мали підвищену тривожність), за висновком мали дещо інші порушення психічного стану (табл. 1).

Так, лише у 2 із 6 (33,3%) хворих основної групи, додатково обстежених лікарем-психіатром, була підтверджена (повністю або хоча б частково) підвищена тривожність. Ще у 2 із 6 (33,3%) осіб виявлено інші психічні розлади, котрі можуть мати прояви, що схожі з підвищеною тривожністю.

Незважаючи на те, що за анкетними даними у групі порівняння підвищеної тривожності виявлено не було, за даними лікаря-психіатра, у 19 (63,3%) осіб були виявлені різні інші порушення: у 5 хворих – астенічний синдром, ще у 5 – емоційно-лабільний розлад, також у 5 пацієнтів – ознаки церебрального атеросклерозу, двоє хворих мали астено-невротичний синдром, а ще у двох осіб була виявлена легка соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи. Привернуло увагу те, що за даними лікаря-психіатра у жодного хворого цієї групи не було виявлено тривожних розладів.

Отже, анкета HADS-тривога може використовуватися у хворих на ХОЗЛ для виявлення у них підвищеної тривожності. У випадку її встановлення бажаним є додаткове обстеження у лікаря-психотерапевта. Водночас нормальний рівень тривожності за анкетною не виключає можливої наявності інших змін психічного статусу у хворих на ХОЗЛ.

Висновки

1. Хворі на ХОЗЛ із підвищеною тривожністю та з нормальним її рівнем здебільшого не відрізняються між собою за демографічними показниками та рівнем вентиляційних порушень.

2. У хворих на ХОЗЛ із підвищеною тривожністю виразність задишки за шкалою mMRC та виразність симптомів за шкалою САТ більш значуща, ніж у хворих із нормальним рівнем тривожності.

3. Для виявлення ознак підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ може використовуватися анкета HADS-тривога. При виявленні підвищеної тривожності пацієнтам слід рекомендувати консультацію лікаря-психіатра.

4. Нормальний рівень тривожності у хворих на ХОЗЛ за анкетною HADS-тривога не виключає можливої наявності у них інших змін психічного статусу, а отже за бажанням пацієнта або за клінічною необхідністю може потребувати додаткової консультації лікаря-психіатра.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Список літератури

1. 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. – К., 2013. – 146 с.
2. Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії» від 25.12.2014 р. №1003. – К., 2014. – 60 с.
3. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М.: Медиасфера, 2002. – 312 с.
4. Хронічне обструктивне захворювання легень: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, терапія (проект національної угоди) / Ю.І. Фещенко, Л.О. Яшина, О.Я. Дзюблик та ін. // Український пульмонологічний журнал. – 2013. – №3. – С. –12.
5. COPD and Comorbidity / Edited by K.F. Rabe, J.A. Wedzicha, E.F.M. Wouters. – European Respiratory Monograph. – 2013. – 225 p.
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 // British Journal of Clinical Psychology. – 2001. – Vol. 40. – P. 429–434.
7. The use of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study / C. Dowson, R. Laing, R. Barraclough et al. // New Zealand medical journal. – 2001. – Vol. 114. – P. 447–449.
8. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Update 2016. – P. 49 – Available at: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report%202016.pdf.
9. Anxiety and depression in end-stage COPD / K. Hill, R. Geist, R.S. Goldstein, Y. Lacasse // European respiratory journal. – 2008. – Vol. 31. – P. 667–677.
10. 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. – №S11. – P. 467–472.
11. 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.
- References**
1. (2013) Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy «Pro zatverdzhennia ta vprovadzhennia medyko-tehnolohichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy pry khronichnomu obstruktyvnomu zakhvoriuvanni lehen» vid 27 chervnia 2013 roku №555 [Order of the Ministry of Health of Ukraine On approval and introduction of medical and technological documents for standardization of care in chronic obstructive pulmonary disease from June 27 2013, №555]. Kyiv. [in Ukrainian].
 2. (2014) Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy «Pro zatverdzhennia ta vprovadzhennia medyko-tehnolohichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy pry depresii» vid 25 hrudnia 2014 roku №1003 [Order of the Ministry of Health of Ukraine On approval and introduction of medical and technological documents for standardization of care in depression from Decembe 25 2014, №1003]. Kyiv. [in Ukrainian].
 3. Rebrova, O. Yu. (2002) *Statisticheskij analiz medicinskikh dannykh. Primenenie paketa prikladnykh programm STATISTICA [Statistical analysis of medical data The use of STATISTICA software package]*. Moscow: Mediasfera. [in Russian].
 4. Feshchenko, Yu. I., Yashyna, L. O., Dziublyk, O. Ya., Havrysiuk, V. K., Polianska, M. O., Ihnatieva, V. I., et al. (2013) Khronichne obstruktyvne zakhvoriuvannya lehen: etiologia, patohenez, klasyfikatsiia, diahnozyka, terapiia (proekt natsionalnoi uhody [Chronic obstructive pulmonary disease: etiology, pathogenesis, classification, diagnosis, therapy (draft national agreement)], *Ukrainskyi pulmonolohichnyi zhurnal*, 3, 7–12. [in Ukrainian].
 5. Rabe, K. F., Wedzicha, J. A., & Wouters, E. F. M. (Eds). (2013). *COPD and Comorbidity. European Respiratory Monograph*.
 6. Crawford, J. R., Henry, J. D., Crombie, C., & Taylor, E. P. (2001). Brief report Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 429–434.
 7. Dowson, C., Laing, R., Barraclough, R., Mulder, R., Norris, K., & Drennan, C. (2001). The use of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *New Zealand medical journal*, 114, 447–449.
 8. (2016) Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Retrieved from http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report%202016.pdf.
 9. Hill, K., Geist, R., Goldstein, R. S., & Lacasse, Y. (2008). Anxiety and depression in end-stage COPD. *European respiratory journal*, 31, 667–677. doi: 10.1183/09031936.00125707.
 10. Julian, L. J. (2011). Measures of Anxiety State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research*, 63(11), 467–472. doi: 10.1002/acr.20561.
 11. NINDS CDE Notice of Copyright Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). Retrieved from https://commondataelements.ninds.nih.gov/Doc/NOC/Hospital_Anxiety_Depression_Scale_NOC_Link.pdf.

Відомості про авторів:

Перцева Т. О., д-р мед. наук, професор, зав. каф. внутрішньої медицини 1, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», чл.-кор. НАМН України.

Конопкіна Л. І., д-р мед. наук, професор каф. внутрішньої медицини 1, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Вереса О. В., лікар-психіатр 1 категорії, КЗ «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня» ДОР.

Губа Ю. В., аспірант каф. внутрішньої медицини 1, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», E-mail: yguba.ua@mail.ru.

Сведения об авторах:

Перцева Т. А., д-р мед. наук, профессор, зав. каф. внутренней медицины 1, ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», чл.-кор. НАМН Украины.

Конопкина Л. И., д-р мед. наук; профессор каф. внутренней медицины 1, ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Вереса Е. В., врач-психиатр 1 категории, КУ «Днепропетровская шестая городская клиническая больница» ДОР.

Губа Ю. В., аспирант каф. внутренней медицины 1, ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

E-mail: yguba.ua@mail.ru.

Information about authors:

Pertseva T. O., MD, PhD, DSci., Professor, Head of the Department of Internal Medicine 1, Dnipropetrovsk State Medical Academy, Corresponding Member of National Academy of Medical Sciences of Ukraine.

Konopkina L. I., MD, PhD, DSci., Professor, Department of Internal Medicine 1, Dnipropetrovsk State Medical Academy.

Veresa O. V., Psychiatrist 1 category, MI «Dnipropetrovsk City Clinical Hospital №6», Dnipropetrovsk Regional Council.

Huba Yu. V., Postgraduates, Department of Internal Medicine 1, Dnipropetrovsk State Medical Academy, E-mail: yguba.ua@mail.ru.

Поступила в редакцию 10.03.2016 г.