

УДК 616.24-008.811.6-036.12:616.89-008.454

**ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ****Н.В.Миронова, С.В.Нарышкина***Амурская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения РФ,
675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95***РЕЗЮМЕ**

Статья посвящена актуальной проблеме тревожно-депрессивных расстройств у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). К 2020 году, по прогнозам экспертов ВОЗ, депрессия будет одной из основных причин нетрудоспособности и займет второе место после сердечно-сосудистой патологии. Согласно современным представлениям, ХОБЛ является системным заболеванием с множеством экстрапульмональных проявлений, среди которых значительная роль принадлежит тревожным расстройствам и депрессии, что, в свою очередь, ухудшает прогноз течения заболевания. У больных ХОБЛ распространенность психической патологии регистрируется по данным различных исследований в 8-49% случаев. Значительный разброс показателей объясняется тем, что клиницисты зачастую рассматривают тревожные и депрессивные расстройства совместно, либо авторы ограничиваются использованием психометрических шкал или объединяют проявления тревоги с другими состояниями. Недооценка этих данных может значительно ограничить качество жизни пациентов, ухудшая тем самым течение и прогноз основного заболевания. Что касается когнитивных нарушений при ХОБЛ, то они обнаруживаются в 27-62% случаев. Основными предикторами когнитивных нарушений являются общие для всей популяции – возраст и уровень образования, специфичные для ХОБЛ – гипоксемия и курение. Одним из приоритетных направлений изучаемой проблемы является выявление основных предикторов, оказывающих влияние на формирование тревожного состояния, депрессии, когнитивных нарушений у больных ХОБЛ, а также поиск новых схем лечения депрессии у пациентов с данной патологией.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, тревожное расстройство, депрессивное расстройство.

SUMMARY**ANXIODEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS
WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY
DISEASE****N.V.Mironova, S.V.Naryshkina***Amur State Medical Academy, 95 Gor'kogo Str.,
Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation*

The material is dedicated to the topical issue of Anxiodepressive Disorders of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patients. By 2020, as WHO

experts predict, depression will become one of the most common incapacity reasons, coming second after cardiovascular disease. According to the modern conceptions, COPD is a systemic disease with cardiopulmonary effects, among which anxiety and depression disorders have a significant role and worsen the prognosis. According to various researches, psychological pathology morbidity of COPD patients is registered in 8-49% of cases. The considerable indices scatter is explained by the fact that clinicians frequently examine anxiety and depression disorders collaboratively or they apply only psychometric scale or combine anxiety with other conditions. The underestimation of such information can significantly limit the patient's life quality, thus worsening the state and prognosis of a prior disease. As for cognitive deteriorations under COPD, they take place in 27-62% of cases. The main cognitive deteriorations predictors are common for the whole population - age and education level, special for COPD - hypoxemia and smoking. One of the considered problem promising directions is the detection of prior predictors which have an impact on the formation of anxiety, depression and cognitive deteriorations of COPD patients, and also the search of new treating depression schemes for the patients with such a pathology.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, anxiety disorder, depression disorder.

Депрессия и сопровождающий её соматовегетативный симптомокомплекс – едва ли не самые частые психические нарушения, встречающиеся в общемедицинской практике. К 2020 г., по прогнозам экспертов ВОЗ, депрессия будет одной из основных причин нетрудоспособности и займет второе место после сердечно-сосудистой патологии [46]. В США годовые затраты, связанные с депрессией, превышают 40 млрд долларов, из них 17 млрд вызваны утратой работоспособности [42].

Несмотря на серьезность данной проблемы, в подавляющем большинстве случаев депрессии уделяется слишком мало внимания: так, обнаружение депрессивных расстройств врачами общей практики не превышает 50% [24, 50]. Это объясняется большим разнообразием соматических проявлений и отсутствием жалоб на душевное беспокойство пациента [3]. Часто доктора оценивают депрессию как нормальную реакцию на стресс в повседневной жизни или как проявление соматического заболевания. Причиной несвоевременного распознавания депрессии может послужить особенность психотипа пациента [4, 5], это может быть связано с его убежденностью, что данные сведения не вызовут интерес у специалиста. Диагно-

стические сложности объясняются и особенностями клинической картины депрессии в пожилом возрасте. Зачастую не только сами больные и их родственники, но и врачи соматических специальностей рассматривают типичные признаки этого расстройства как нормальное проявление старения организма или естественную реакцию на проблемы со здоровьем. Кроме того, сами пожилые пациенты обычно сосредоточены на физиологических, а не на душевных ощу-

щениях [5]. С другой стороны, клиницистам не всегда удается выслушать пациента из-за ограниченного времени, выделяемого на прием [50].

При диагностике депрессивных состояний, наиболее частые проявления носят соматический характер (табл.). К ним можно отнести утомляемость, слабость, апатию у 73% пациентов, бессонницу, сонливость – у 63% [36].

Таблица

Встречаемость соматических симптомов при диагностике депрессии

Соматические симптомы	Частота встречаемости, %
Нарушения сна	61
Утомляемость	60
Неспецифические мышечно-скелетные жалобы	43
Боль в спине	39
Неопределенно формулируемые жалобы	37

У пациентов с депрессивными расстройствами часто присутствует наличие трех и более соматических жалоб, что позволяет более точно выявить клиническую картину заболевания [27]. Многочисленные и разнообразные жалобы пациентов с депрессивными расстройствами соматического характера приводят к низкой выявляемости ее при терапевтическом осмотре.

Женщины больше подвержены депрессии, чем мужчины, и этот показатель составляет, соответственно, 10-25% и 5-12% [7, 14, 52]. У пациентов в пожилом возрасте распознавание депрессивных состояний затрудняется в связи с неспецифичностью предъявляемых жалоб и составляет 10-20%.

К причинам возникновения депрессивных расстройств также относят низкий социальный и образовательный уровень пациента, неудовлетворенность жизненным статусом (в семье и на работе), частые стрессы [50]. Немалую роль играет наследственность, в частности алкоголизм и эпизодическая пароксизмальная тревожность в семейном анамнезе. В пожилом возрасте генетический фактор не играет большой роли, так как депрессивные расстройства проявляются в более молодом возрасте.

В настоящее время депрессивные расстройства и механизмы их возникновения активно изучаются. Поскольку человек является биосоциальным индивидом, ему присущи эмоции, за формирование которых ответственна не только лимбическая система, но и корковые структуры головного мозга (лобные доли) [38, 47]. По результатам исследования функционирования головного мозга путем нейровизуализации, ученые пришли к предположению о том, что в управлении позитивными эмоциями важное значение имеет левая гемисфера, а в управлении отрицательными эмоциями – правая гемисфера. При расстройстве функционирования работы левого (в основном передних отделов) и правого (главным образом задних отделов) полушарий, развивается депрессия [52]. Кроме депрессии, у пациентов пожилого возраста стоит обратить особое внимание на нарушение кровоснабжения

субкортикально-фронтальных зон головного мозга, отвечающих за исполнительные функции и быстроту психомоторной реакции [31].

Депрессия отрицательно влияет на качество жизни пациентов и степень удовлетворенности ею при различных соматических заболеваниях, тем самым усложняя постановку диагноза и назначение адекватного лечения [7, 11, 15, 25].

Согласно современным представлениям, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является системным заболеванием с множеством экстрапульмональных проявлений [8–11, 17, 18], среди которых значительная роль принадлежит тревожному расстройству и депрессии [37, 45], что в свою очередь ухудшает прогноз [54]. У больных ХОБЛ распространенность психической патологии регистрируется по данным различных исследований в 8-49% случаев [30].

По результатам систематического обзора M.J. Hupinien et al. встречаемость тревожных расстройств у больных ХОБЛ варьирует в диапазоне от 10 до 100% [39, 41]. Аналогичные данные были получены A.M. Johannes et al. [55] при анализе 22 исследований, выполненных за последние 15 лет. Так, любые проявления тревоги составили 6-74%, при этом клинически значимые тревожные расстройства отмечались в 55% случаев [56]. Значительный разброс показателей объясняется тем, что клиницисты зачастую рассматривают тревожные и депрессивные расстройства совместно, либо авторы ограничиваются использованием психометрических шкал или объединяют проявления тревоги с другими состояниями [30, 45, 55]. Учитывая методологические особенности исследований, различия в размерах и характеристиках выборки больных, включая степень тяжести, и методах установления наличия психических расстройств, данные о распространенности тревожных расстройств у больных ХОБЛ характеризуются значительными колебаниями [39].

Распространенность депрессии среди больных ХОБЛ по данным различных исследований так же

сильно варьирует: от 7 до 80% [56]. Такой большой разброс показателей распространённости депрессии в различных исследованиях связан с неоднородностью в исследуемых группах и различиями анкет, которые использовались для ее диагностики [39]. Согласно одному из последних обширных мета-анализов, охватывающему 8 выполненных в соответствии с современными стандартами рандомизированных контролируемых исследований, с объемом выборки 39587 пациентов, депрессия при ХОБЛ отмечалась в 24,6% по сравнению с 11,7% в контрольной группе [56]. Большинство авторов описывают лишь симптомы депрессивных расстройств, игнорируя при этом взаимосвязь манифестации депрессии у больных с соматическими заболеваниями. Известно, что одним из самых распространенных проявлений психической патологии у пациентов с соматическими заболеваниями являются нозогенные депрессии. Установлено, что показатель частоты нозогенных депрессий достигает 50-80% [14], которые детерминированы рядом психологических, социальных, личностных, биологических факторов, включающих объективные параметры соматического заболевания [21]. Что касается когнитивных нарушений при ХОБЛ, то они обнаруживаются от 27 до 62% случаев [7, 45]. В обзоре, представленном J.W.Dodd et al. [32], освещены предикторы когнитивных нарушений: общие для всей популяции – возраст и уровень образования [43], и специфичные для ХОБЛ – гипоксемия и курение [51].

Повышенная утомляемость – самая распространенная жалоба, с которой пациенты обращаются к врачам общемедицинской практики, а хроническая утомляемость является основой для диагностики астенических расстройств. По данным разных авторов [18, 53], распространенность астенических состояний в терапевтической практике варьирует от 47,5 до 97% случаев, в зависимости от способа их установления (по анкетам или результатам осмотра психиатром).

По проблеме расстройств личности у больных ХОБЛ опубликовано незначительное количество работ, многие из них выполнены психологами на небольших группах пациентов и имеют лишь описательный характер. Так, по данным И.В.Теслиновой нет четкого преобладания каких-либо личностных особенностей у больных ХОБЛ. В данной работе автор освещает только распределение эмоциональных черт у лиц, страдающих данным недугом [25]. В зарубежных исследованиях были выявлены следующие личностные черты пациентов с ХОБЛ: «буйство» (англ. «obstreperousness»), склонность к манипулятивному поведению, неустойчивость, склонность к сниженному контролю над эмоциями и нарушению социальных контактов [48].

В настоящее время в научной литературе широко обсуждается проблема влияния психологических факторов на течение болезни. Реакции личности на соматическую болезнь у ряда больных могут носить патологический характер и проявляться в виде психогенных невротических тревожно-депрессивных реакций. У других больных эти реакции выражаются психологически адекватными переживаниями факта

болезни. Нервно-психические нарушения при соматических заболеваниях обычно складываются из психических соматогенных расстройств и из реакции личности на болезнь [13]. I.Pilowsky [49] трактовал эти явления как «патологическое поведение в болезни», а R.S.Lazarus и S.Folkman [34] называли их стратегиями совладения с трудностями и урегулирования взаимоотношений с окружающей средой – «копинг-стратегии». В современной медицине эта категория нарушений определяется как «нозогенные реакции» (нозогении) [22], то есть психогенные расстройства обусловлены влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием [23].

Проблеме реагирования на соматическое заболевание посвящены многочисленные исследования в различных областях медицины [29]. Для большинства хронических соматических заболеваний, таких как ИБС, язвенная болезнь, бронхиальная астма (БА), сахарный диабет, остеоартроз, наиболее распространенной реакцией на болезнь является гипернозогнозия (высокая субъективная значимость переживания телесного неблагополучия), проявляющаяся в виде тревоги и депрессии [16, 29]. В то же время формирование отношения пациента к собственному заболеванию может быть сведено к другой полярной позиции: гипо- или анозогнозический (синдром антиипохондрии или аберрантной ипохондрии) [20]. Пациенты такого типа реагирования мало озабочены объективно тяжелыми, подчас угрожающими жизни нарушениями деятельности организма, строят радужные планы на будущее, игнорируют лечебный режим, «забывают» о необходимости приема лекарств [35]. Так, в исследовании О.С.Ахмедовой [2] недооценка тяжести своего состояния и прогноза заболевания была выявлена более чем у 40% обследованных больных ХОБЛ. Результаты исследования Д.Ф.Пушкарева показали, что среди больных ХОБЛ преобладает дефицитное психопатологическое расстройство – аберрантная ипохондрия (58,1%), характеризующаяся дезадаптивным отсутствием реакции на возникшую соматическую патологию [19]. Позитивные психопатологические расстройства выявлялись при ХОБЛ, с учётом коморбидности, лишь в 41,9% наблюдений.

В работе В.В.Храмцовой [26] показано, что у пациентов с ХОБЛ наиболее выраженными были неконструктивные копинг-стратегии, такие как дистанцирование, конфронтативный копинг и бегство-избегание, характерное для 40,2% обследованных лиц.

В исследовании С.И.Овчаренко и соавт. [16], посвященном рассмотрению типологии расстройств личности и реагирования на заболевание при ХОБЛ, было выявлено, что встречаемость аберрантной ипохондрии (гипонозогнозия) составила 51,9%. Наиболее распространенным было диссоциальное расстройство личности (34,5%), при невротической ипохондрии (тревога за здоровье) у 32,1% больных наиболее часто обнаруживалось истерическое расстройство личности (38,9%); при депрессии (8,9%) – гипертимное расстройство личности (60%) [16].

В материале, посвященном проблеме тревожных и

депрессивных расстройств у пациентов с ХОБЛ и БА [1], было установлено, что высокая частота встречаемости и выраженность тревожных и депрессивных расстройств сопровождается ухудшением контроля над астмой и более частыми обострениями при ХОБЛ. У больных ХОБЛ и БА выявлена высокая частота встречаемости эмоционально-волевых расстройств (70%) и их выраженность, а также высокая частота сочетания тревожных и депрессивных расстройств (38%). Для больных ХОБЛ характерно преобладание депрессивных расстройств (у 64% пациентов), а также высокая частота выявления клинически выраженной депрессии (у 43% пациентов).

В исследовании Я.К.Галецкайте [6] показано, что у пациентов с ХОБЛ лишь в 10,5% случаев формируется адекватный тип реагирования на заболевание. В 89,5% случаев формируются три различных дезадаптивных типа реагирования на заболевание – тревога о болезни (32,6%), депрессия (10,5%) и гипонозогнозия (46,4%). Среди пациентов с депрессией и тревогой о болезни преобладают лица с истерическим (36,6%) и шизоидным (17,1 %) расстройством личности, среди больных с гипонозогнозией – с диссоциальным расстройством личности (36,6%).

N.A.Nanania et al. [36], изучая результаты обследования 2118 пациентов в рамках проекта ECLIPSE, установили, что возникновение депрессии достоверно чаще встречается при более тяжелом течении ХОБЛ, у женщин, у лиц молодого возраста и у активных курильщиков, что связано с ограничением активности их повседневной жизни. Таким образом, депрессия при ХОБЛ гораздо больше связана с клиническими проявлениями заболевания и его влиянием на повседневную жизнь, чем с воспалением и патофизиологическими изменениями. Однако существуют разные точки зрения относительно роли социальных предикторов тревоги и депрессии. Так, в работе M.E.Kunik et al. [40] показано увеличение распространенности психопатологических нарушений у пациентов со сниженным социальным статусом, а в исследовании M.Lin et al. [44] – с более высоким уровнем образования. Также имеются мета-анализы и проспективные исследования, не выявившие влияния таких детерминант, как возраст, женский пол, курение, социоэкономический статус, значения ОФВ1 на психоэмоциональную сферу при ХОБЛ [56].

Таким образом, ХОБЛ кардинально меняет качество жизни пациентов и их бытовую активность. Научные исследования продемонстрировали высокий уровень депрессивных симптомов у больных ХОБЛ и положительную связь между выраженностью депрессии и степенью тяжести заболевания. Вместе с тем, нарушения психологического статуса, оказывающие крайне негативное влияние на качество жизни этих пациентов, в большинстве случаев остаются без врачебного внимания. Один из наиболее важных аспектов изучаемой проблемы, на который необходимо обратить внимание – это выявление основных предикторов, оказывающих влияние на формирование тревожного состояния, депрессии, когнитивных нарушений у

больных ХОБЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонович Ж.В., Спиридонова Е.С., Коренева Е.А. Взаимосвязь бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких с тревожными и депрессивными расстройствами // Мед. журн. 2013. №4. С.50–53.
2. Ахмедова О.С. Психологический статус и качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2008. 214 с.
3. Боговин Л.В. Психосоматические взаимодействия у больных бронхиальной астмой (обзор литературы) // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2010. Вып.37. С.65–71.
4. Волель Б.А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия): дис. ... д-ра мед. наук. М., 2009. 175 с.
5. Вознесенская Т.Г. Депрессии в неврологической практике // Трудный пациент. 2003. Т.1. №2. С.26–30.
6. Галецкайте Я.К. Хроническая обструктивная болезнь легких: клинико-психосоматические соотношения и реабилитационные подходы: дис. ... канд. мед. наук. М., 2014. 213 с.
7. Глушков Р.Г., Андреева Н.И., Алеева Г.Н. Депрессии в общемедицинской практике // РМЖ. 2005. Т.13. №12. С.858–860.
8. Ермолаев А.А., Нарышкина С.В. Влияние диротона® на показатели качества жизни у больных с легочной гипертензией // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2003. Вып.14. С.50–52.
9. Клиническая эффективность применения фенспирида у больных хроническим необструктивным бронхитом с холодовой гиперреактивностью дыхательных путей / А.В.Колосов [и др.] // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2005. Вып.21. С.28–30.
10. Колосов В.П., Манаков Л.Г., Перельман Ю.М. Скрининговая оценка хронических респираторных заболеваний: итоги реализации I этапа проекта ВОЗ-GARD на территории Амурской области // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2012. Вып.46. С.8–18.
11. Колосов В.П., Павленко В.И. Прогнозирование частоты обострения хронической обструктивной болезни легких, сочетанной с ишемической болезнью сердца // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2012. Вып.45. С.35–37.
12. Колосов В.П., Трофимова А.Ю., Нарышкина С.В. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких. Благовещенск, 2011. 132 с.
13. Лакосина Н. Д., Сергеев И. И., Панкова О.Ф. Клиническая психология. М.: МЕДпресс-информ. 2005. 416 с.
14. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов // РМЖ. 2005. Т.13. №12. С.852–857.
15. Нарышкина С.В., Коротич О.П., Круглякова Л.В. Клиническая пульмонология (учебное пособие).

Благовещенск, 2010. 142 с.

16. Типология расстройств личности и реагирования на заболевание при хронической обструктивной болезни легких. / С.И.Овчаренко [и др.] // Пульмонология. 2013. №2. С.74–80.

17. Павленко В.И., Нарышкина С.В., Колосов В.П. Клинико-функциональное течение хронической обструктивной болезни легких в сочетании с ишемической болезнью сердца на фоне комплексной терапии с применением крестора // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2012. Вып.45. С.29–34.

18. Павленко В.И., Нарышкина С.В. Особенности проявления безболевого ишемии миокарда у больных хронической обструктивной болезнью легких // Кардиология. 2012. Т.52, №2. С.36–40.

19. Пушкарев Д.Ф. Расстройства личности и хроническая соматическая патология (на модели ревматоидного артрита и хронической обструктивной болезни легких): дис. ... канд. мед. наук: М., 2013. 216 с.

20. Смулевич А.Б., Волель Б.А. Расстройства личности и соматическая болезнь (проблема ипохондрического развития личности) // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2008. №5. С.4–12.

21. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. М.: Мед. информ. агентство, 2007. 252 с.

22. Смулевич А.Б. Психосоматическая медицина // Психические расстройства в общей медицине. 2007. №1. С.4–10.

23. Психокardiология / А.Б.Смулевич [и др.]. М.: Мед. информ. агентство, 2005. 784 с.

24. Смулевич А.Б. Подходы к терапии депрессий в общемедицинской практике // РМЖ. 2003. Т.11. №21. С.1192–1196.

25. Теслинов И.В. Психосоматические аспекты терапии больных хронической обструктивной болезнью легких: дис. ... канд. мед. наук. Воронеж, 2009. 128 с.

26. Храмова В. В. Копинг-стратегии у больных с хронической обструктивной болезнью легких // Междунар. мед. журн. 2013. №3. С.14–16.

27. Хроническая обструктивная болезнь легких / под ред. А.Г.Чучалина. М.: Атмосфера, 2008. 568 с.

28. Allman E, Berry D, Nassir L. Depression and coping in heart failure patients: a review of the literature // J. Cardiovasc. Nurs. 2009. Vol.24, №2. P.106–117.

29. Asnaashari A.M, Talaie A., Haghhigh B. Evaluation of psychological status in patients with asthma and COPD // Iran J Allergy Asthma Immunol. 2012. Vol.11, №1. P.65–71.

30. Bidirectional associations between clinically relevant depression or anxiety and COPD: a systematic review and metaanalysis / E.Atlantis [et al.] // Chest. 2013. Vol.144, №3. P.766–777.

31. Modeling the impact of COPD on the brain / S.Borson [et al.] // Int. J. COPD. 2008. Vol.3, №3. P.429–434.

32. Dodd J.W., Getov S.V., Jones P.W. Cognitive function in COPD // Eur. Respir. J. 2010. Vol.35, №4. P.913–922.

33. Influence of anxiety on health outcomes in COPD / M.D.Eisner [et al.] // Thorax 2010. Vol.65, №3. P.229–234.

34. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. // J. Pers. Soc. Psychol. 1985. Vol.48, №1. P.150–170.

35. Garvey C. Depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease // Postgrad. Med. 2012. Vol.124, №3. P.101–109.

36. Determinants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonary disease cohort / N.A.Hanania [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2011. Vol.183, №5. P.604–611.

37. Harvey JN, Lawson VL. The importance of health beliefs models in determining self-care behavior in diabetes // Diabet. Med. 2009. Vol.26, №1. P.5–13.

38. Anxiety and depression in end-stage COPD / K.Hill [et al.] // Eur. Respir. J. 2008. Vol.31, №3. P.667–677.

39. Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a review / M.J.Hynninen [et al.] // J. Psychosom. Res. 2005. Vol.59, №6. P.429–443.

40. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders / M.E.Kunik [et al.] // Chest. 2005. Vol.127, №4. P.1205–1211.

41. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life / T.P.Ng [et al.] // Arch. Intern. Med. 2007. Vol.167, №1. P.60–67.

42. Chronic obstructive pulmonary disease patients with psychiatric disorders are at greater risk of exacerbations / C.Laurin [et al.] // Psychosom. Med. 2009. Vol.71, №6. P.667–674.

43. Cognitive performance in patients with COPD / J.J.Liesker [et al.] // Chest. 2005. Vol.127, №3. P.825–829.

44. Lin M., Chen Y., McDowell I. Increased risk of depression in COPD patients with higher education and income // Chron. Respir. Dis. 2005. Vol.2, №1. P.13–19.

45. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs / J.Maurer [et al.] // Chest. 2008. Vol.13, №4. P.43–56.

46. Prognostic value of frontal functional neuroimaging in late-onset severe major depression. / V.Navarro [et al.] // Brit. J. Psychiatry. 2004. Vol.184. P.306–311.

47. Pulmonary rehabilitation improves depression, anxiety, dyspnea and health status in patients with COPD / H.Paz-Diaz [et al.] // Am. J. Phys. Med. Rehabil. 2007. Vol.86, №1. P.30–36.

48. Course of normal and abnormal fatigue in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and its relationship with domains of health status / J.B.Peters [et al.] // Patient Educ. Couns. 2011. Vol.85, №2. P.281–285.

49. Pilowsky I. Abnormal illness behavior (dysnosognosia) // Psychother. Psychosom. 1986. Vol.46, №1–2. P.76–84.

50. Lung function and cognitive ability in a longitudinal birth cohort study / M.Richards [et al.] // Psychosom. Med. 2005. Vol.67, №4. P.602–608.

51. Pulmonary function, cognitive impairment and brain atrophy in a middle-aged community sample / P.S.Sachdev [et al.] // Dement. Geriatr. Cogn. Disord. 2006.

Vol.21, №5-6. P.300–308.

52. Tel H., Bilgiç Z., Zorlu Z. Evaluation of Dyspnea and Fatigue Among the COPD Patients // *Chronic Obstructive Pulmonary Disease – Current Concepts and Practice* / Ong K.-Ch., editor. InTech. 2012. P.257–272. URL: http://cdn.intechopen.com/pdfs/30171/InTechEvaluation%20of_dyspnea_and_fatigue_among_the_copd_patients.pdf.

53. The level of recognition of physical symptoms in patients with a major depression episode in the outpatient psychiatric practice in Puerto Rico: an observational study / J.M.Tamayo [et al.] // *BMC Psychiatry*. 2005. Vol.5. P.28.

54. Are patients with COPD psychologically distressed / E.J.Wagena [et al.] // *Eur. Respir. J.* 2005. Vol.26, №2. P.242–248.

55. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles / A.M.Yohannes [et al.] // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2010. 25, №12. P.1209–1221.

56. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression / M.W.Zhang [et al.] // *Gen. Hosp. Psychiatry*. 2011. Vol.33, №3. P.217–223.

REFERENCES

1. Antonovich Zh.V., Spiridonova E.S., Koreneva E.A. *Meditsinskiy zhurnal* 2013; 4:50–53.

2. Akhmedova O.S. *Psikhologicheskiy status i kachestvo zhizni patsientov s khronicheskoy obstruktivnoy bolezn'yu legkikh: disertatsiya kandidata psikhologicheskikh nauk* [Psychological status and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: thesis... PhD of psychological sciences]. St. Petersburg; 2008.

3. Bogovin L.V. Psychosomatic interactions in patients with bronchial asthma (review). *Bülleten' fiziologii i patologii dyhaniyâ – Bulletin physiology and pathology of respiration* 2010; 37:65–71 (in russian).

4. Volel' B.A. *Nebredovaya ipokhondriya pri somaticheskikh, psikhicheskikh zabolvaniyakh i rasstroystvakh lichnosti (psikhosomaticheskie sootnosheniya, psikhopatologiya, terapiya): dissertatsiya doktora meditsinskikh nauk* [Nondelusional hypochondriasis under somatic and psychic diseases and personality disorder (psycho-somatic correlation, psychopathology, therapy): thesis...PhD of medical sciences]. Moscow; 2009.

5. Voznesenskaya T.G. *Trudnyy patsient* 2003; 1(2):26–30.

6. Galetskayte Ya.K. *Khronicheskaya obstruktivnaya bolezn' legkikh: kliniko-psikhosomaticheskie sootnosheniya i reabilitatsionnye podkhody: dissertatsiya kandidata meditsinskikh nauk* [Chronic obstructive pulmonary disease: clinical and psychosomatic correlations, rehabilitation approaches: thesis...PhD of medical sciences]. Moscow; 2014.

7. Glushkov R.G., Andreeva N.I., Aleeva G.N. *Russkiy meditsinskiy zhurnal* 2005; 13(12):858–860.

8. Ermolaev A.A., Naryshkina S.V. Dirotone® effect on life quality values in patients with chronic obstructive bronchitis accompanied with lung hypertension. *Bülleten'*

fiziologii i patologii dyhaniyâ – Bulletin physiology and pathology of respiration 2003; 14:50–52 (in russian).

9. Kolosov A.V., Kolosov V.P., Naryshkina S.V., Kukol' L.V. Clinical effectiveness of phenspirid in patients with chronic non-obstructive bronchitis accompanied with cold hyperreactivity of airways. *Bülleten' fiziologii i patologii dyhaniyâ – Bulletin physiology and pathology of respiration* 2005; 21:28–30 (in russian).

10. Kolosov V.P., Manakov L.G., Perelman J.M. Screening estimation of chronic respiratory diseases: the results of realization of World Health Organization project first stage – GARD on the territory of the Amur region. *Bülleten' fiziologii i patologii dyhaniyâ – Bulletin physiology and pathology of respiration* 2012; 46:8–18 (in russian).

11. Kolosov V.P., Pavlenko V.I. Prognostication of the frequency of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation combined with the ischemic heart disease. *Bülleten' fiziologii i patologii dyhaniyâ – Bulletin physiology and pathology of respiration* 2012; 45:35–37 (in russian).

12. Kolosov V.P., Trofimova A.Yu., Naryshkina S.V. *Kachestvo zhizni bol'nykh khronicheskoy obstruktivnoy bolezn'yu legkikh* [The quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease]. Blagoveshchensk; 2011.

13. Lakosina N. D., Sergeev I. I., Pankova O.F. *Clinical Psychology*. Moscow: MEDpress-inform; 2005 (in russian).

14. Mosolov S.N. *Russkiy meditsinskiy zhurnal* 2005; 13(12):852–857.

15. Naryshkina S.V., Korotich O.P., Kruglyakova L.V. *Clinical Pulmonology*. Blagoveshchensk; 2010 (in russian).

16. Ovcharenko S.I., Galetskayte Ya.K., Volel' B.A., Pushkarev D.F., Las E.A. *Pul'monologiya* 2013; 2:74–80.

17. Pavlenko V.I., Naryshkina S.V., Kolosov V.P. Clinical and functional course of chronic obstructive pulmonary disease combined with ischemic heart disease against the background of complex therapy with Crestor. *Bülleten' fiziologii i patologii dyhaniyâ – Bulletin physiology and pathology of respiration* 2012; 45:29–34 (in russian).

18. Pavlenko V.I., Naryshkina S.V. *Kardiologiya* 2012; 52(2):36–40.

19. Pushkarev D.F. *Rasstroystva lichnosti i khronicheskaya somaticheskaya patologiya (na modeli revmatoidnogo artrita i khronicheskoy obstruktivnoy boleznii legkikh): dissertatsiya kandidata meditsinskikh nauk* [Personality disorders and chronic somatic diseases (on the model of rheumatoid arthritis and chronic obstructive pulmonary disease): thesis...PhD of medical sciences]. Moscow; 2013.

20. Smulevich A. B., Volel' B. A. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S.S.Korsakova* 2008; 5:4–12.

21. Smulevich A. B. Depression in general medicine. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2007 (in russian).

22. Smulevich A. B. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine* 2007; 1:4–10.

23. Smulevich A.B., Syrkin A.L., Drobizhev M.Yu., Ivanov S.V. *Psychocardiology*. Moscow: Meditsinskoe in-

formatsionnoe agentstvo; 2005 (in russian).

24. Smulevich A.B. *Russkiy meditsinskiy zhurnal* 2003; 11(21): 1192–96.

25. Teslinov I.V. *Psikhosomatichekieskie aspekty terapii bol'nykh khronicheskoy obstruktivnoy boleznyu legkikh: dissertatsiya kandidata meditsinskikh nauk* [Psychosomatic aspects of the therapy of patients with chronic obstructive pulmonary disease: thesis...PhD of medical sciences]. Voronezh; 2009.

26. Khrantsova V.V. *Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal* 2013; 3:14–16.

27. Chuchalin A.G., editor. Chronic obstructive pulmonary disease. Moscow: Atmosfera; 2008 (in russian).

28. Allman E., Berry D., Nassir L. Depression and coping in heart failure patients: a review of the literature. *J. Cardiovasc. Nurs.* 2009; 24(2):106–117.

29. Asnaashari A.M, Talei A., Haghigh B. Evaluation of psychological status in patients with asthma and COPD. *Iran J. Allergy Asthma Immunol.* 2012; 11(1):65–71.

30. Atlantis E., Fahey P., Cochrane B., Smith S. Bidirectional associations between clinically relevant depression or anxiety and COPD: a systematic review and metaanalysis. *Chest* 2013; 144(3):766–777.

31. Borson S., Scanlan J., Friedman S., Zuhr E., Fields J., Aylward E., Mahurin R., Richards T., Anzai Y., Yukawa M., Yeh S. Modeling the impact of COPD on the brain. *Int. J. COPD* 2008; 3(3):429–434.

32. Dodd J.W., Getov S.V., Jones P.W. Cognitive function in COPD. *Eur. Respir. J.* 2010; 35(4):913–922.

33. Eisner M.D., Blanc P.D., Yelin E.H., Katz P.P., Sanchez G., Iribarren C., Omachi T.A. Influence of anxiety on health outcomes in COPD. *Thorax* 2010; 65(3):229–234.

34. Folkman S., Lazarus R.S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1985; 48(1):150–170.

35. Garvey C. Depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Postgrad. Med.* 2012; 124(3):101–109.

36. Hanania N.A., Müllerova H., Locantore N.W., Vestbo J., Watkins M.L., Wouters E.F., Rennard S.I., Sharafkhaneh A. Determinants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonary disease cohort. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2011; 183(5):604–611.

37. Harvey J.N., Lawson V.L. The importance of health beliefs models in determining self-care behavior in diabetes. *Diabet. Med.* 2009; 26(1):5–13.

38. Hill K., Geist R., Goldstein R.S., Lacasse Y. Anxiety and depression in end-stage COPD. *Eur. Respir. J.* 2008; 31(3):667–677.

39. Hynninen M.J., Breitve M.H., Wiborg A.B., Palleisen S., Nordhus I.H. Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a review. *J. Psychosom. Res.* 2005; 59:429–443.

40. Kunik M.E., Roundy K., Veazey C., Soucek J., Richardson P., Wray N.P., Stanley M.A. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest* 2005; 127(4):1205–1211.

41. Ng T.P., Niti M., Tan W.C., Cao Z., Ong K.C., Eng

P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch. Intern. Med.* 2007; 167(1):60–67.

42. Laurin C, Labrecque M, Dupuis G., Bacon S.L., Cartier A., Lavoie K.L. Chronic obstructive pulmonary disease patients with psychiatric disorders are at greater risk of exacerbations. *Psychosom. Med.* 2009; 71(6):667–674.

43. Liesker J.J., Postma D.S., Beukema R.J., ten Hacken N.H., van der Molen T., Riemersma R.A., van Zomeren E.H., Kerstjens H.A. Cognitive performance in patients with COPD. *Chest* 2005; 127(3):825–829.

44. Lin M., Chen Y., McDowell I. Increased risk of depression in COPD patients with higher education and income. *Chron. Respir. Dis.* 2005; 2(1):13–19.

45. Maurer J., Rebbapragada V., Borson S., Goldstein R., Kunik M.E., Yohannes A.M., Hanania N.A. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest* 2008; 134(4):43–56.

46. Navarro V, Gasto C, Lomena F., Torres X., Mateos J.J., Portella M.J., Masana G., Marcos T. Prognostic value of frontal functional neuroimaging in late-onset severe major depression. *Brit. J. Psychiatry* 2004; 184:306–311.

47. Paz-Diaz H., Montes de Oca M., López J.M., Celli B.R. Pulmonary rehabilitation improves depression, anxiety, dyspnea and health status in patients with COPD. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 2007; 86(1):30–36.

48. Peters J.B., Heijdra Y.F., Daudey L., Boer L.M., Molema J., Dekhuijzen R., Schermer T.R., Vercoulen J.H. Course of normal and abnormal fatigue in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and its relationship with domains of health status. *Patient Educ. Couns.* 2011; 85(2):281–285.

49. Pilowsky I. Abnormal illness behavior (dysnosognosia). *Psychother Psychosom.* 1986; 46(1-2):76–84.

50. Richards M., Strachan D., Hardy R., Kuh D., Wadsworth M. Lung function and cognitive ability in a longitudinal birth cohort study. *Psychosom. Med.* 2005; 67(4):602–608.

51. Sachdev P.S., Anstey K.J., Parslow R.A., Wen W., Maller J., Kumar R., Christensen H., Jorm A.F. Pulmonary function, cognitive impairment and brain atrophy in a middle-aged community sample. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 2006; 21(5-6):300–308.

52. Tel H., Bilgiç Z., Zorlu Z. Evaluation of Dyspnea and Fatigue Among the COPD Patients. In: Ong K-Ch., editor. Chronic Obstructive Pulmonary Disease – Current Concepts and Practice. InTech; 2012. pp.257–272. Available at: http://cdn.intechopen.com/pdfs/30171/InTechEvaluation%20of_dyspnea_and_fatigue_among_the_copd_patients.pdf.

53. Tamayo J.M., Roman K., Fumero J.J., Rivas M. The level of recognition of physical symptoms in patients with a major depression episode in the outpatient psychiatric practice in Puerto Rico: an observational study. *BMC Psychiatry*, 2005; 5:28.

54. Wagena E.J., Arrindell W.A., Wouters E.F.M., van Schayck C.P. Are patients with COPD psychologically distressed. *Eur. Respir. J.* 2005; 26(2):242–248.

55. Yohannes A.M., Willgoss T.G., Baldwin R.C., Connolly M.J. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2010; 25(12):1209–1221.

56. Zhang M.W., Ho R.C., Cheung M.W., Fu E., Mak A. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2011; 33(3):217–223.

Поступила 12.02.2015

Контактная информация

*Наталья Викторовна Миронова,
аспирант кафедры факультетской терапии,
Амурская государственная медицинская академия,
675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95.*

E-mail: amurgma@list.ru

Correspondence should be addressed to

*Natalia V. Mironova,
MD, Postgraduate student of Department of Faculty Therapy,
Amur State Medical Academy,
95 Gor'kogo Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation.*

E-mail: amurgma@list.ru