

8. Aoki K. Excess incidence of lung cancer among pulmonary tuberculosis patients. *Jpn J Clin Oncol.* 2013;23(4):205-20.
9. Bhatt MLB. Pulmonary tuberculosis as differential diagnosis of lung cancer. *Diagnostic dilemia.* 2012;1(1):36-42.
10. Chandrasekhar HR. Bronchioloalveolar carcinoma mimicking military tuberculosis. *J. Assoc. Physicians. India.* 2001;49:281-2.
11. Cienas S. Lung cancer in patients with tuberculosis. *World Journal of Surgical Oncology.* 2007;5:22.
12. Endri M. Differential diagnosis of lung nodules: breast cancer metastases and lung tuberculosis. *Infez Med.* 2010;18(1):39-42.
13. Kumar R, Gupta N. [Role of bronchoscopy in evaluation of cases with sputum smear negative pulmonary tuberculosis, interstitial lung disease and lung malignancy: A retrospective study of 712 cases]. *Indian J Tuberculosis.* 2015;62(1):36-42.
14. Vento S, Lanzafame M. Tuberculosis and cancer: a complex and dangerous liaison. *Lancet Oncol.* 2011;12:520-2.

Стаття надійшла до редакції
13.01.2017



УДК 614.24-002:616-008-036.1:616.89-008

**Р.В. Разумний,
І.Д. Спіріна**

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ, СПОЛУЧЕНУ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ НЕВІРУСНОГО ГЕНЕЗУ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра професійних хвороб та клінічної імунології
(зав. - к. мед. н., доц. К.Ю. Гашинова)
вул. Дзержинського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of internal medicine I
Dzerzhinsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: pulmon2015@gmail.com*

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, жирова хвороба печінки, депресія, тривожність
Key words: community-acquired pneumonia, fatty liver disease, depression, anxiety

Реферат. Особенности психического статуса больных внегоспитальной пневмонией, сочетанной с хронической патологией гепатобилиарной системы невирусного генеза. Разумный Р.В., Спирина И.Д. Целью исследования было изучение особенностей психического статуса больных внегоспитальной пневмонией (ВП), сочетанной с хронической патологией гепатобилиарной системы невирусного генеза. Под наблюдением находилось 165 больных ВП в возрасте 25-57 лет. Все пациенты были разделены на две репрезентативные группы: I группа (68 больных), у которых ВП была коморбидна со стеатозом печени (СП), II группа (96 пациентов) с отсутствием хронической патологии печени. Для оценки психологического профиля личности пациентов использовался стандартизированный многофакторный метод исследования личности, а для оценки уровня тревожности и депрессивных состояний применяли, соответственно, шкалу Спилбергер-Ханина и опросник Бека. Результаты исследования выявили у 66,2% больных ВП, коморбидной с СП, формирование психоэмоциональных нарушений в виде невротической реакции на болезнь с преобладанием ипохондрических,

депресивних, истерических проявлений с высоким уровнем психастении, личностной тревожности и преобладанием реакций соматической тревоги и эмоциональной неустойчивости, множество соматических жалоб, фиксацию на собственном состоянии с формированием своеобразного модуса мышления и поведения по типу "ухода в болезнь". После завершения общепринятого лечения больных ВП, сочетанной с СП, у 42,7% пациентов сохранялись умеренно выраженные психоэмоциональные нарушения. Таким образом, в комплексе лечебных и реабилитационных мероприятий у больных ВП, сочетанной с СП, необходимо учитывать особенности психологического профиля, в виде психо-невротической реакции на болезнь, с целью проведения оптимальных корректирующих мероприятий.

Abstract. Features of the mental status of patients with community-acquired pneumonia, combined with a chronic pathology of the hepatobiliary system of non-viral genesis. Razumnyi R.V., Spirina I.D. *The aim was to study the characteristics of mental status of patients with community-acquired pneumonia (CAP), combined with a chronic pathology of the hepatobiliary system of non-viral genesis. We observed 165 patients with CAP in the age of 25-57 years. All patients were divided into two representative groups: I group (68 patients) – CAP was comorbid with hepatic steatosis (HS), II group (96 patients) with absence of chronic liver disease. To evaluate the psychological profile of patients' personality we used a standardized multivariate method of personality research and to evaluate the level of anxiety and depression the scale of Spielberger-Hanin test and Beck's questionnaire were used. Results of the study revealed that 66.2% of patients with CAP, comorbid with HS, declared the formation of psycho-emotional disorders in the form of neurotic reactions to the disease with prevalence of hypochondria, depression, hysterical manifestations with high psychasthenia, trait anxiety and somatic reactions with prevalence of anxiety and emotional instability, lots of somatic complaints, fixation on their own condition with formation of distinctive thinking mode and behavior by the type of "flight into disease". After completion of the standard treatment of patients with CAP, combined with HS, 42,7% of patients had psycho-emotional disorders, which were moderately expressed. Thus, in the complex of treatment and rehabilitative measures in patients with CAP, combined with HS some characteristics of the psychological profile, in the form of psycho-neurotic reaction to the disease should be considered to take optimal corrective actions.*

Численні клінічні спостереження вказують, що наявність супутньої патології та уражень інших органів і систем, окрім дихальної, у пацієнтів з негоспітальною пневмонією (НП) розцінюється як модифікуючі чинники, які визначають різноманіття клінічної картини, тривалість, тяжкість перебігу пневмонії і летальність [5, 16, 17]. Аналіз цього питання дозволив встановити, що досить часто НП перебігає на фоні хронічної патології печінки, зокрема стеатозу печінки (СП). Це зумовлено як збільшенням захворюваності на ці обидва захворювання, так і схильністю до збільшення їх поширеності з віком під впливом змінення стилю життя населення та погіршення його якості, розповсюдженості шкідливих звичок, дії на організм несприятливих екзогенних факторів [9, 16, 17, 19, 20].

Відомо, що психічні розлади при різних соматичних захворюваннях посилюють симптоми основного захворювання, негативно змінюють перебіг хвороби, знижують ефективність призначеної терапії, підвищують число додаткових досліджень [1, 11, 12]. Зокрема, низка дослідників виявила негативний вплив депресії і тривожності на частоту й тяжкість загострень, частоту повторних госпіталізацій та якість життя хворих з бронхіальною обструкцією [7, 13], пацієнтів з хронічною патологією печінки як вірусного [1, 10, 14,], так і невірусного генезу [18]. У той же час, у міру збільшення тяжкості

перебігу основного захворювання спостерігається поступове погіршення і психічного стану пацієнта. Так, із зростанням вентиляційних порушень у хворих ХОЗЛ та збільшенням гістологічної стадії ушкодження гепатоцитів у хворих на СП відбувалося посилення ступеня соціально-психологічної дезадаптації, зростання рівня особистісної та ситуативної тривожності, посилення ситуаційно зумовленої депресії [12, 13, 15].

Проте на сьогоднішній день існують лише фрагментарні дослідження щодо психічних розладів у хворих зі сполученою патологією бронхолегеневої системи та хронічним ураженням печінки. Поглиблене вивчення психічного стану у хворих на НП, сполучену зі СП, розширить уявлення патогенезу цієї коморбідної патології. Отже, метою нашого дослідження було проаналізувати особливості психічного статусу хворих на НП, сполучену із хронічною патологією гепатобіліарної системи невірусного генезу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Під спостереженням знаходилося 165 хворих на НП у віці 25-57 років. Обстежені пацієнти були розподілені на дві репрезентативні групи, які були когерентними за віком, статтю, ступенем тяжкості перебігу НП. До I групи увійшло 68 хворих на НП, сполучену (коморбідну) зі СП, з них 38 чоловіків (55,9%) та 30 жінок (44,1%). II групу склали 96 пацієнтів, з яких 50 чоловіків

(52,1%) та 46 жінок (47,9%) зі встановленим діагнозом НП та відсутністю будь-якого хронічного ураження печінки. Серед обстежених I групи перебіг НП середньої тяжкості був констатований у 48 (70,6%) пацієнтів, тяжкий – у 20 (29,4%). У II групі середньотяжкий перебіг НП реєструвався у 64 (66,7%) пацієнтів, тяжкий – у 32 (33,3%).

Діагноз НП (шифр J18 за МКХ-10) та СП (шифр K76.0) встановлювали згідно з діючими в Україні стандартизованими протоколами діагностики та лікування хвороб органів дихання [8] та органів травлення [4, 9]. Для виключення хронічних захворювань печінки вірусної етіології, у всіх пацієнтів на НП із СП за допомогою імуноферментного аналізу сироватки крові визначалися маркери вірусного гепатиту. Пацієнти, в яких були виявлені маркери вірусного гепатиту, в дослідження не включалися. Всі пацієнти отримували загальноприйнятту медикаментозну терапію відповідно до регламентованих в Україні протоколів лікування [4, 8, 9].

Додатково до загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження всім хворим у перші та останні 1-2 дні перебування у стаціонарі проводили оцінку психічного статусу. Для оцінки психо-

логічного профілю особистості пацієнтів використовувалася стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості (СБДО), який характеризує в сукупності індивідуально-типологічні властивості досліджуваного та встановлює тип реагування на хворобу [6]. Для оцінки рівня тривожності застосовувалася шкала Спілбергера-Ханіна, а для виявлення депресивних станів опитувальник Бека (самооцінка рівня депресії) [6].

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері AMD E1-2100 за допомогою дисперсійного аналізу із застосуванням стандартних пакетів прикладних програм Microsoft Windows 7, Microsoft Office 2007 та Statistica. Для перевірки статистичних гіпотез застосовували параметричні та непараметричні методи. При цьому враховували основні принципи використання статистичних методів дослідження у клінічних випробуваннях [2, 3].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати дослідження психологічного статусу хворих за даними СБДО до початку лікування свідчать про підвищення усереднених показників (більше 50Т-балів) за шкалами: 1-іпохондрії, 2-депресії, 3-істерії і 7-психоастенії (табл. 1).

Таблиця 1

Показники психологічного тесту СБДО в пацієнтів у гострому періоді НП (M±m)

Шкала	Групи обстежених		p
	I група (n=68)	II група (n=96)	
Іпохондрія	<u>63,7±4,3</u> 51-75	<u>51,2±3,9</u> 43-62	<0,05
Депресія	<u>70,2±4,7</u> 61-84	<u>56,5±4,3</u> 43-68	<0,05
Істерія	<u>58,3±4,3</u> 46-76	<u>51,4±4,1</u> 37-65	>0,05
Психопатія	<u>47,8±3,9</u> 41-54	<u>45,3±3,2</u> 37-53	>0,1
Паранойяльність	<u>51,2±4,3</u> 44-58	<u>46,7±3,8</u> 36-51	>0,1
Психастенія	<u>59,7±4,8</u> 41-64	<u>54,6±4,6</u> 35-62	>0,1
Шизоїдність	<u>51,3±4,4</u> 38-56	<u>47,3±3,7</u> 34-55	>0,1
Гіпоманія	<u>49,6±4,7</u> 38-56	<u>48,4±3,9</u> 37-53	>0,1

Примітки: у таблицях 1, 2, 4 та 5 у чисельнику наведене середнє значення показника, у знаменнику діапазон коливань; p – при порівнянні значень показника у хворих I та II групи.

У хворих I групи середні показники тесту СБДО понад 50Т-балів відмічалися також за шкалою 6-паранойяльність та 8-шизоїдність. Вирозність "невротичної тріади" у хворих I групи

коливалася в діапазоні 47,0-62,8 бала з переважанням всіх або будь-яких двох шкал, у пацієнтів II групи – у межах 35,3-57,8 бала. Значення за шкалами 1-іпохондрії та 2-депресії у хворих I

групи, порівняно з пацієнтами II групи, було в середньому в 1,2 раза більше ($p < 0,05$). Отже, характерними рисами психологічного профілю хворих на НП, сполучену зі СП, були соматогенно зумовлене песимістичне ставлення до своїх проблем, вимогливість, депресивні реакції, пригніченість, психастенічна акцентуація, безліч соматичних скарг, фіксація на власному стані із формуванням своєрідного модусу мислення та поведінки за типом "відходу у хворобу".

Був виявлений взаємозв'язок шкал "невротичної тріади" та психастенії тесту СБДО з астеничними проявами НП, а також із суб'єктивними скаргами, характерними для больового і диспептичного синдромів, у пацієнтів зі СП. Порухення психоемоційних, поведінкових і веге-

тативних реакцій у хворих з "невротичною тріадою" є основою при формуванні психо-вегетативного синдрому.

Рівень РТ у хворих I групи перевищував аналогічний показник у пацієнтів II групи в середньому в 1,3 раза ($p < 0,05$) (табл. 2). При порівнянні рівня ОТ у хворих I та II групи кратність різниці між показником, що вивчався, становила 1,2 разу ($p < 0,05$). У хворих I групи високий рівень ОТ виявлявся в середньому в 2,0 рази частіше ($p < 0,05$), ніж високий рівень РТ, у хворих II групи кратність різниці становила 1,7 разу ($p < 0,05$). У хворих I групи середній рівень як РТ, так і ОТ перебував на високому рівні, у пацієнтів II групи показник РТ не виходив за межі помірного ступеня (менше 45 балів).

Таблиця 2

Показники рівня тривожності та депресії в пацієнтів у гострому періоді НП (M±m)

Показники, що аналізуються (у балах)	Групи обстежених		p
	I група (n=68)	II група (n=96)	
Реактивна тривожність	<u>48,3±3,9</u> 25-57	<u>37,5±3,1</u> 18-46	<0,05
Особистісна тривожність	<u>57,5±4,1</u> 33-68	<u>45,9±3,4</u> 28-56	<0,05
Рівень депресії	<u>19,8±1,6</u> 12-26	<u>17,6±1,4</u> 11-24	>0,05

Підвищений рівень РТ та ОТ у досліджених хворих визначає більш стійку схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозливі з відповідною реакцією тривоги, занепокоєнням, емоційною неврівноваженістю, так і високою психічною реактивністю на соматичне захворювання, а також формуванням захисних механізмів психологічної адаптації до хвороби і оточуючих обставин, що її супроводжують.

Середній рівень депресії за шкалою самооцінки Бека у хворих I групи вірогідно не відрізнявся від пацієнтів II групи. При індивідуальному аналізі було встановлено, що відсутність депресії у хворих I групи спостерігалася в 1,82 разу ($p < 0,01$) рідше, ніж у II групі (табл. 3). Крім того, ознаки субсиндромальної депресії (10-15 балів за шкалою Бека) виявлялися частіше в пацієнтів II групи, а різного ступеня вираженості депресії, навпаки, у хворих I групи. Так, кратність різниці між частотою виявлення субдепресії у хворих I та II групи становила 4,45 разу ($p < 0,001$), депресії – 5,76 разу ($p < 0,001$). При міжгруповому порівнянні у хворих I групи

ознаки помірної депресії зустрічалися в середньому в 9,9 разу частіше ($p < 0,001$), вираженої – в 2,33 разу частіше ($p < 0,05$), ніж у пацієнтів II групи.

Виражена депресія у хворих I групи виявлялася переважно в пацієнтів з тяжким перебігом НП, сполученої зі СП III-IV ступеня. У результаті клініко-психопатологічного обстеження депресивний стан, що спостерігається в цього контингенту хворих, був кваліфікований як соматизована депресія. Частота зустрічаємості клінічно виражених субдепресивних і депресивних проявів за шкалою Бека була достовірно взаємопов'язана зі шкалою "депресії" індивідуально-психологічного профілю СБДО, про що свідчить наявність позитивного кореляційного зв'язку між ними ($r=0,87$; $p < 0,05$), яка об'єктивізує діагностику депресивних порушень. У клінічній картині НП, сполученої зі СП, субдепресивні і депресивні порушення проявлялися основними симптомами депресії (пригнічений настрій, песимістична оцінка свого майбутнього, когнітивні порушення), а в деяких хворих у

поєднанні із симптомами тривоги. У хворих I групи спостерігалися також й інші прояви депресивного симптомокомплексу: ідеї малоцінності, неповноцінності.

Таким чином, у 66,2% хворих I групи виявлено формування психоемоційних порушень у вигляді невротичної реакції на хворобу з домінуванням іпохондричних, депресивних, істеричних проявів з високим рівнем психастенії, особистісної тривожності та переважанням реакцій соматичної тривоги та емоційної нестійкості. Крім того, при наявності у хворих I групи СП III-VI ступеня, у проявах психоемоційних порушень відзначається значна питома вага вираженої (у межах 20-27 балів) соматизованої депресії.

ричних проявів з високим рівнем психастенії, особистісної тривожності та переважанням реакцій соматичної тривоги та емоційної нестійкості. Крім того, при наявності у хворих I групи СП III-VI ступеня, у проявах психоемоційних порушень відзначається значна питома вага вираженої (у межах 20-27 балів) соматизованої депресії.

Таблиця 3

Частота виявлення депресивних порушень у пацієнтів у гострому періоді НП (абс. і %)

Показник, що аналізується	Групи обстежених						p
	I група (n=68)			II група (n=96)			
	абс.	%	Δ, %	абс.	%	Δ, %	
Відсутність депресії	16	23,5	2,1	41	42,7	4,6	<0,01
Субдепресія	7	10,3	1,1	44	45,8	3,5	<0,001
Депресія	45	66,2	5,8	11	11,5	1,6	<0,001
помірна	35	51,5	4,6	5	5,2	0,6	<0,001
виражена	10	14,7	1,3	6	6,3	0,7	<0,05

При повторному дослідженні психічного статусу, що проводилося після завершення основного курсу лікування хворих на НП (тобто перед випискою пацієнтів зі стаціонару), було констатовано, що результати тесту СБДО понад 50Т-балів у хворих I групи за шкалою іпохондрії спостерігалися в 1,4 разу (p<0,05) частіше, ніж у II

групі, депресії та психастенії – в 1,3 разу (p<0,05) та в 1,5 разу (p<0,01) відповідно частіше (табл. 4). Крім того, ознаки виявленої до початку лікування "невротичної тріади" (іпохондрія, депресія, істерія) в цей період дослідження в I групі реєструвалися в середньому в 1,8 разу (p<0,05) частіше, ніж в обстежених II групи.

Таблиця 4

Динаміка показників психологічного тесту СБДО у хворих на НП після завершення загальноприйнятої терапії (M±m)

Шкала	Групи обстежених		p
	I група (n=68)	II група (n=96)	
Іпохондрія	<u>51,8±4,1</u> 42-65	<u>38,1±3,5</u> 32-48	>0,05
Депресія	<u>58,5±4,6</u> 45-69	<u>45,3±3,7</u> 36-54	>0,05
Істерія	<u>52,3±4,2</u> 41-67	<u>43,8±3,6</u> 35-53	<0,05
Психопатія	<u>45,6±3,8</u> 36-54	<u>37,2±3,3</u> 31-49	<0,05
Паранойяльність	<u>49,8±4,2</u> 37-56	<u>44,8±3,5</u> 35-51	<0,05
Психастенія	<u>52,1±3,5</u> 41-61	<u>35,5±3,2</u> 27-49	>0,01
Шизоїдність	<u>45,1±3,3</u> 33-52	<u>37,2±3,9</u> 31-48	<0,05
Гіпоманія	<u>47,3±3,6</u> 37-54	<u>41,3±4,0</u> 34-52	<0,05

Рівень РТ в I групі в цей період дослідження перевищував аналогічний показник у II групі в середньому в 1,5 разу ($p < 0,05$) (табл. 5). Кратність різниці між рівнем ОТ у групах, що досліджували, становила в середньому 1,3 разу

($p < 0,05$). Показник рівня депресії за шкалою самооцінки Бека після завершення загальноприйнятого лікування НП в I групі перевищував аналогічний показник у пацієнтів II групи в 1,3 разу ($p < 0,05$).

Таблиця 5

Динаміка показників рівня тривожності та депресії у хворих на НП після завершення загальноприйнятої терапії (M±m)

Показники, що аналізуються	Групи обстежених		p
	I група (n=68)	II група (n=96)	
Реактивна тривожність	$37,6 \pm 3,1$ 23-51	$25,2 \pm 2,8$ 15-36	<0,05
Особистісна тривожність	$46,2 \pm 3,5$ 31-58	$36,3 \pm 3,1$ 24-46	<0,05
Рівень депресії	$18,5 \pm 1,3$ 11-25	$14,1 \pm 1,1$ 10-21	<0,05

При аналізі результатів тестування за шкалою самооцінки Бека було встановлено, що в I групі відсутність депресії після завершення лікування зустрічалася в 1,9 разу ($p < 0,001$) рідше, ніж у II групі; депресія різного ступеня вираженості (у межах 16-21 балів за шкалою Бека) навпаки – у 5,8 разу частіше ($p < 0,001$) (табл. 6).

При міжгруповому порівнянні у хворих I групи ознаки помірної депресії зустрічалися в 6,5 разу частіше ($p < 0,001$), вираженої – в 4,2 разу частіше ($p < 0,001$), ніж у II групі. Отже, після завершення загальноприйнятого лікування хво-

рих на НП, сполучену зі СП, у 42,7% пацієнтів зберігалися психоемоційні порушення переважно у вигляді невротичної реакції на хворобу з домінуванням іпохондричних, депресивних та істеричних проявів, з високим рівнем особистісної тривожності та переважанням реакцій соматичної тривоги та емоційної нестійкості. Крім того, в явищах психоемоційних порушень відзначається значна питома вага субсиндромальної (19,1%) і вираженої соматизованої (8,8%) депресії, яка виявлялася переважно у хворих на НП, які мали СП III-IV ступеня.

Таблиця 6

Частота виявлення депресивних порушень у пацієнтів після завершення загальноприйнятої терапії (абс. і %)

Показник, що аналізується	Групи обстежених						p
	I група (n=68)			II група (n=96)			
	абс.	%	Δ, %	абс.	%	Δ, %	
Відсутність депресії	26	38,2	1,3	71	74,0	1,1	<0,01
Субдепресія	13	19,1	1,3	18	18,8	1,2	>0,1
Депресія	29	42,7	2,6	7	7,3	1,5	<0,01
помірна	23	33,8	2,3	5	5,2	0,7	<0,01
виражена	6	8,8	1,2	2	2,1	0,5	<0,05

ВИСНОВКИ

1. Характерними рисами психологічного профілю у хворих в гострому періоді НП, сполученої зі СП, були соматогенно зумовлене песимістичне ставлення до своїх проблем, неможливість, депресивні реакції, пригніченість, психастенічна акцентуація, безліч соматичних скарг, фіксація на власному стані із формуванням своєрідного модусу мислення та поведінки за типом "відходу у хворобу".

2. У 66,2% хворих на НП, коморбідну зі СП, формування психоемоційних порушень відбувалося у вигляді невротичної реакції на хворобу з домінуванням іпохондричних, депресивних, істеричних проявів з високим рівнем психастенії, особистісної тривожності та переважанням реакцій соматичної тривоги та емоційної нестійкості.

3. Після завершення загальноприйнятого лікування хворих на НП, сполучену зі СП, у 42,7% пацієнтів зберігалися психоемоційні порушення переважно у вигляді невротичної реакції на хворобу з домінуванням іпохондричних, депресивних та істеричних проявів, з високим рівнем особистісної тривожності та переважанням реакцій соматичної тривоги та емоційної нестійкості.

4. У комплексі лікувальних, реабілітаційних заходів у хворих на НП, сполучену зі СП, необхідно враховувати особливості психологічного профілю у вигляді психо-невротичної реакції на хворобу з метою проведення оптимальних коригуючих заходів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Грищенко Е.Б. Депрессии и патология печени: современные возможности терапии / Е.Б. Грищенко, М.И. Щекина // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2014. – № 4. – С. 52-57.

2. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – Киев: Морион, 2002. – 160 с.

3. Математическая статистика в медицине: учеб. пособие / В.А. Медик, М. С. Токмачев. – Москва: Финансы и статистика, 2007. – 800 с.

4. Неалкогольна жирова хвороба печінки. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (проект) [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: http://www.moz.gov.ua/docfiles/dod_akn_dn_20140616_2.pdf

5. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (проект клінічних настанов) Частина I / Ю.І. Фещенко, О.А. Голубовська, К.А. Гончаров [та ін.] // Укр. пульмонолог. журнал. – 2012. – № 4. – С. 5-17.

6. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики: учеб. пособие. / Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов, А.И. Колчев, С.А. Лытаев. – СПб.: Элби, 2005. – 320 с.

7. Перцева Т.О. Особливості психічного статусу хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у різні фази патологічного процесу / Т.О. Перцева, Л.І. Конопкіна, Ю.В. Губа // Медичні перспективи. – 2016. – Т. 21, №1. – С. 19-23.

8. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія": Наказ МОЗ України від 19.03.2007 № 128 [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070319_128.html

9. Ягмур В.Б. Неалкогольна жирова хвороба печінки: сучасний погляд на патогенез, діагностику та лікування / В.Б. Ягмур // Гастроентерологія. – 2013. – № 3 (49). – С. 138-147.

10. An Aggravated Trajectory of Depression and Anxiety Co-morbid with Hepatitis C: A Within-groups Study of 61 Australian Outpatients / B.J. Stewart, D. Turnbull, A.A. Mikocka-Walus, H. Harley // Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health. – 2015. – Vol. 13, N 11. – P. 174-179.

11. Association Between Psychological Distress and Liver Disease Mortality: A Meta-analysis of Individual Study Participants / T.C. Russ, M. Kivimäki, J.R. Morling, J.M. Starr [et al.] // Gastroenterology. – 2015. – Vol. 48, N 5. – P. 958-966.

12. Associations of depression, anxiety and antidepressants with histological severity of nonalcoholic fatty liver disease / N.A Youssef., M.F Abdelmalek., M. Binks, C.D.Guy [et al.] // Liver Int. – 2013. – Vol. 33, N 7. – P. 1062-1070.

13. Chronic obstructive pulmonary disease and anxiety disorders: a nationwide population-based study in Taiwan / M.H. Hsieh, C.T. Lee, P.J. Tsai, C.J. Tsai [et al.] // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2016. – Vol. 42. – P. 1-6.

14. Depression in patients with chronic hepatitis B and cirrhosis is closely associated with the severity of liver cirrhosis / H.P. Zhu, Y.R. Gu, G.L. Zhang, Y.J. Su [et al.] // Exp. Ther. Med. – 2016. – Vol. 12, N 1. – P. 405-409.

15. Depression symptoms reduce physical activity in COPD patients: a prospective multicenter study / I. Dueñas-Espín, H. Demeyer, E. Gimeno-Santos, M.I. Polkey [et al.] // Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis. – 2016. – Vol. 10, N 11. – P. 1287-1295.

16. Feldman C. Community-acquired pneumonia: still a major burden of disease / C. Feldman, R. Anderson // Curr. Opin. Crit. Care. – 2016. – Vol. 22, N 5. – P. 477-484.

17. Incidence and risk factor prevalence of community-acquired pneumonia in adults in primary care in Spain (NEUMO-ES-RISK project) / I. Rivero-Calle,

J. Pardo-Seco, P. Aldaz, D.A. Vargas [et al.] // *BMC Infect. Dis.* – 2016. – Vol. 16, N 1. – P. 645.

18. Surdea-Blaga T. Depression and anxiety in nonalcoholic steatohepatitis: is there any association? / T. Surdea-Blaga, D.L. Dumitraşcu // *Rom. J. Intern. Med.* – 2011. – Vol. 49, N 4. – P. 273-280.

19. The economic and clinical burden of nonalcoholic fatty liver disease in the United States and Europe /

Z.M. Younossi, D. Blissett, R. Blissett, L. Henry [et al.] // *Hepatology.* – 2016. – Vol. 64, N 5. – P. 1577-1586.

20. The Impact of Age and Comorbidities on the Mortality of Patients of Different Age Groups Admitted with Community-acquired Pneumonia / C.M. Luna, I. Palma, M.S. Niederman, E. Membriani [et al.] // *Ann. Am. Thorac. Soc.* – 2016. – Vol. 13, N 9. – P. 1519-1526.

REFERENCES

1. Grishchenko EB, Shchekina MI. [Depression and pathology of the liver: modern therapy]. *Psychiatry and Psychopharmacotherapy of P. B. Gannushkin.* 2014;4:52-57. Russian.

2. Lapach SN, Chuvenko AV, Babich PN. [Basic principles of the use of statistical methods in clinical trials]. Kiev: Morion; 2002. Russian.

3. Medik VA, Tokmachev MS. [Mathematical statistics in medicine: textbook]. M.: Finances and Statistics; 2007. Russian.

4. Nonalcoholic fatty liver disease. Adapted clinical guidelines based on evidence (draft). Available from: http://www.moz.gov.ua/docfiles/dod_akn_dn_20140616_2.pdf

5. Feshchenko YuI, Golubovska OA, Goncharov KA. [Community-acquired pneumonia in adults: etiology, pathogenesis, classification, diagnosis, antibiotic therapy (draft clinical guidelines) Part I]. *Ukrainian pulmonology journal.* 2012;4:5-17. Ukrainian.

6. Ovchinnikov BV, Dyakonov IF, Kolchev AI, Lytaev SA. [Fundamentals of clinical psychology and medical psychodiagnosis]. St. Petersburg: ELBI; 2005. Russian.

7. Pertseva TO, Konopkina LI, Huba IuV. [Peculiarities of mental status in patients with chronic obstructive pulmonary disease in different phases of the pathological process]. *Medicni perspektivi.* 2016;21(1):19-23. Ukrainian.

8. On approval of clinical protocols of medical care in the specialty "Pulmonology": Order of the Ministry of Health of Ukraine of 19.03.2007 N128 [electronic resource]. Available from: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070319_128.html

9. Yagmur VB. [Non-alcoholic fatty liver disease: modern view on pathogenesis, diagnosis and treatment]. *Gastroenterology.* 2013;3(49):138-47. Ukrainian.

10. Stewart BJ, Turnbull D, Mikocka-Walus AA, Harley H. [An Aggravated Trajectory of Depression and Anxiety Co-morbid with Hepatitis C: A Within-groups Study of 61 Australian Outpatients]. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health.* 2015;13(11):174-9.

11. Russ TC, Kivimäki M, Morling JR, Starr JM. [Association Between Psychological Distress and Liver Disease Mortality: A Meta-analysis of Individual Study Participants]. *Gastroenterology.* 2015;148(5):958-66.

12. Youssef NA, Abdelmalek MF, Binks M, Guy CD. [Associations of depression, anxiety and antidepressants with histological severity of nonalcoholic fatty liver disease]. *Liver Int.* 2013;33(7):1062-70.

13. Hsieh MH, Lee CT, Tsai PJ, Tsai CJ. [Chronic obstructive pulmonary disease and anxiety disorders: a nationwide population-based study in Taiwan]. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2016;42:1-6.

14. Zhu HP, Gu YR, Zhang GL, Su YJ. [Depression in patients with chronic hepatitis B and cirrhosis is closely associated with the severity of liver cirrhosis]. *Ther. Med.* 2016;12(1):405-9.

15. Dueñas-Espín I, Demeyer H, Gimeno-Santos E, Polkey MI. [Depression symptoms reduce physical activity in COPD patients: a prospective multicenter study]. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* 2016;10(11):1287-95.

16. Feldman C, Anderson R. [Community-acquired pneumonia: still a major burden of disease]. *Curr. Opin. Crit. Care.* 2016;22(5):477-84.

17. Rivero-Calle I, Pardo-Seco J, Aldaz P, Vargas D.A. [Incidence and risk factor prevalence of community-acquired pneumonia in adults in primary care in Spain (NEUMO-ES-RISK project)]. *BMC Infect. Dis.* 2016;16(1):645.

18. Surdea-Blaga T, Dumitraşcu DL. [Depression and anxiety in nonalcoholic steatohepatitis: is there any association?]. *Rom. J. Intern. Med.* 2011;49(4):273-80.

19. Younossi ZM, Blissett D, Blissett R, Henry L. [The economic and clinical burden of nonalcoholic fatty liver disease in the United States and Europe]. *Hepatology.* 2016;64 (5):1577-86.

20. Luna CM, Palma I, Niederman MS, Membriani E. [The Impact of Age and Comorbidities on the Mortality of Patients of Different Age Groups Admitted with Community-acquired Pneumonia]. *Ann. Am. Thorac. Soc.* 2016;13(9):1519-26.

Стаття надійшла до редакції
29.12.2016