



Л.І. Пилипів

ДНП «Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького»

Психоемоційний стан пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень з різною масою тіла

Мультидисциплінарний підхід є актуальним при веденні пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). Виділення груп ризику розвитку тривожно-депресивних розладів серед пацієнтів із різною масою тіла допоможе забезпечити комплексний підхід до діагностики й лікування.

Мета роботи – визначити рівні тривоги й депресії в пацієнтів із загостренням ХОЗЛ із різною масою тіла.

Матеріали та методи. Обстежено 40 пацієнтів із загостренням ХОЗЛ (19 жінок та 21 чоловік, медіана віку – 60 років), яких розподілили на групи з нормальною масою тіла ($n = 15$), надмірною масою тіла ($n = 10$) та ожирінням ($n = 15$). Виразність тривоги та депресії визначали за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS). Результати опрацьовано статистично.

Результати та обговорення. Установлено, що рівень депресії в пацієнтів із ХОЗЛ перевищував рівень тривоги (11,0 (9,0; 13,0) і 9,5 (6,5; 11,0) бала; $p < 0,05$). Симптоми тривоги відзначали (67,5 ± 9,0) % пацієнтів із ХОЗЛ, симптоми депресії – (90,0 ± 4,7) % ($p < 0,05$). Виразність депресії в пацієнтів з ожирінням була істотно вищою, ніж в осіб з нормальною масою тіла (12,0 (10,0; 14,0) і 9,0 (8,0; 11,0) балів; $p = 0,003$). Субклінічно виразні тривогу й депресію зафіксували в (30,0 ± 7,2) та (35,0 ± 7,5) % обстежених, клінічно виразні – у (37,5 ± 7,6) і (55,0 ± 7,9) %. Клінічно виразна тривога спостерігалась істотно частіше в пацієнтів із надмірною масою тіла порівняно з особами з нормальною масою тіла, а клінічно виразна депресія – у пацієнтів з ожирінням (60,0 ± 15,5) і (20,0 ± 10,3) % та (73,3 ± 11,4) і (33,3 ± 12,2) %; обидва $p < 0,05$. Індекс маси тіла обстежених пацієнтів прямо корелював із виразністю депресії ($\tau = 0,3$; $p = 0,005$).

Висновки. Симптоми тривоги та депресії виявлено в більшості пацієнтів із ХОЗЛ (67,5 і 90,0 %), а їхній клінічно виразний варіант – у 37,5 та 55,0 %. Пацієнти з ХОЗЛ та ожирінням належать до групи ризику виникнення депресії, що вказує на потребу проведення діагностичних заходів для її виявлення в цієї категорії пацієнтів і вчасної корекції.

Ключові слова

Хронічне обструктивне захворювання легень, тривога, депресія, ожиріння.

Мультидисциплінарний підхід є актуальним при поширених хворобах, таких як хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). При ХОЗЛ, як і при інших хворобах, коморбідність може погіршувати якість життя пацієнтів, впливати на перебіг і прогноз [12, 13]. Симптоми тривоги й депресії трапляються в більше ніж половини пацієнтів із ХОЗЛ [6, 8] і асоційовані з вищим ризиком повторних госпіталізацій з

приводу загострення хвороби [8] та смерті, а також з нижчою якістю життя [11]. Пацієнти з ХОЗЛ і тривожно-депресивними розладами втричі частіше не дотримуються призначеного плану лікування, а негативний вплив цих порушень залишається незмінним упродовж усього періоду легеневої реабілітації (підсилення задишки, зниження функціональної продуктивності) [11]. Проте механізми та взаємодія тривоги

й депресії при ХОЗЛ недостатньо вивчені, а ці стани часто залишаються недиагностованими.

До чинників ризику виникнення тривожно-депресивних розладів при ХОЗЛ відносять жіночу стать, статус курця, низький соціально-економічний статус, сімейний стан (вдівець/вдова, розлучений/-а або ніколи не був/-ла в шлюбі), самотнє проживання, фізичні обмеження, залежність від кисню, виразні респіраторні симптоми (задишка), поліморбідність та низьку якість життя [9]. Тривожно-депресивні розлади в пацієнтів із ХОЗЛ можуть впливати на появу/підтримання такої шкідливої звички, як куріння тютюну, при цьому переважаючий вплив має стан депресії [6].

У низці досліджень виявлено взаємозв'язок між масою тіла й психоемоційним станом [5]. Пряму кореляцію між наявністю ожиріння та тривожністю серед студентів коледжу встановлено в дослідженні J. Wang та співавт. [15]. За даними F.H. Almarhoon та співавт., близько 40 % осіб з ожирінням мають помірну або тяжку депресію [1]. У метааналізі виявлено, що в осіб з надмірною масою тіла та ожирінням частіше виникає тривога, ніж в осіб із нормальною масою тіла [2].

Симптоми депресії та тривоги в осіб з ожирінням часто поєднуються з когнітивною дисфункцією, зниженням фізичної активності [13]. Останнє також може бути чинником для подальшого збільшення маси тіла й появи серцево-судинних захворювань. Малорухливий спосіб життя робить значний внесок у розвиток судинної патології, що спричинює зниження мозкового кровотоку, сповільнення поглинання поживних речовин і проліферацію клітин, відповідно, виникає когнітивний дефіцит.

Таким чином, виділення груп ризику розвитку тривожно-депресивних розладів серед пацієнтів із ХОЗЛ допоможе вчасно діагностувати проблеми ментального здоров'я і персоніфікувати підхід до лікування.

Мета роботи — визначити рівні тривоги й депресії в пацієнтів із загостренням хронічного обструктивного захворювання легень із різною масою тіла.

Матеріали та методи

Обстежено 40 пацієнтів із загостренням ХОЗЛ (19 жінок та 21 чоловік, медіана віку — 60 років). Усім пацієнтам проведено стандартне обстеження згідно з протоколом, яке передбачало проведення комп'ютерної спірометрії з визначенням показників функції зовнішнього дихання (ФЗД).

У дослідження залучали пацієнтів з уже встановленим діагнозом ХОЗЛ, який підтверджувався наявністю клінічної симптоматики (хронічний

кашель, задишка, виділення харкотиння) та зменшенням співвідношення об'єму форсованого видиху за першу секунду до форсованої життєвої ємності легень (ОФВ₁/ФЖЄЛ) при комп'ютерній спірометрії після прийому бронхолітика < 0,7.

Індекс маси тіла (ІМТ) оцінювали за формулою Кетле. За показником ІМТ розподілили пацієнтів на три групи — з нормальною масою тіла (15 осіб; ІМТ 22,9 (20,7; 23,8) кг/м²), надмірною масою тіла (10 осіб; ІМТ 27,6 (27,0; 28,3) кг/м²) та ожирінням (15 осіб; ІМТ 35,1 (32,9; 42,6) кг/м²).

За віком групи істотно не відрізнялися.

Виразність тривоги й депресії в пацієнтів із ХОЗЛ визначали методом анкетування. Результат обчислювали в балах за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)). Анкета містила по 7 запитань для виявлення симптомів тривоги та депресії, кожне з яких мало 4 варіанти відповіді, які відображують градацію виразності ознаки та кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 4 балів (максимальна виразність). Інтерпретація результатів: 0–7 балів — відсутність виразних симптомів тривоги/депресії; 8–10 балів — субклінічно виразна тривога/депресія; > 11 балів — клінічно виразна тривога/депресія. Для порівняння з основною групою анкетування провели також у контрольній групі з 20 здорових осіб, порівнянних за віком та ІМТ.

Статистичне опрацювання цифрового матеріалу проводили за допомогою програми Statistica for Windows 10.0 (Statsoft, USA) методами варіаційної статистики. Показники в групах порівнювали за допомогою U-критерію Манна–Вітні. Результати наведено у вигляді медіани (нижнього і верхнього квартиля). Силу та напрям взаємозв'язків між кількісними показниками визначали за допомогою критерію (τ) Кендалла. За рівень істотності прийнято $p < 0,05$.

Результати та обговорення

Аналіз результатів анкетування за шкалою HADS показав, що рівень депресії в пацієнтів із ХОЗЛ перевищував рівень тривоги (11,0 (9,0; 13,0) і 9,5 (6,5; 11,0) бала; $p < 0,05$). Важливо, що отримані показники значно перевищували отримані в контрольній групі (7,5 (3,0; 8,0) бала; $p = 0,02$ і 4,5 (1,0; 6,0) бала; $p = 0,000002$; рис. 1). Медіана співвідношення тривога/депресія в пацієнтів із ХОЗЛ була нижчою, ніж у здорових осіб (0,7 та 1,1; $p > 0,05$), що свідчить про переважання в пацієнтів із ХОЗЛ депресивного компонента над тривожним. Кореляційний аналіз виявив, що рівень тривоги прямо корелював із рівнем

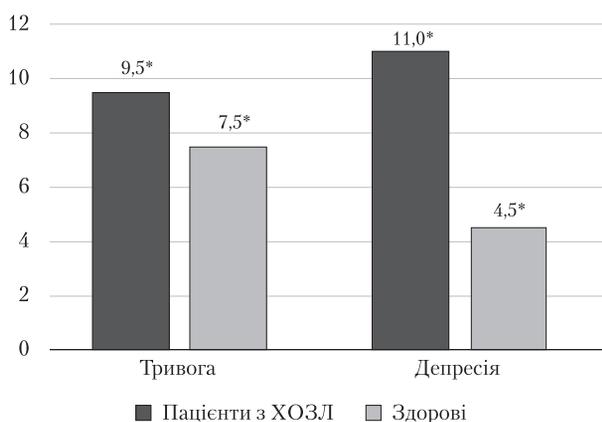


Рис. 1. Показники тривоги й депресії в пацієнтів із ХОЗЛ та контрольній групі за шкалою HADS, бали

Примітка. * $p < 0,05$.

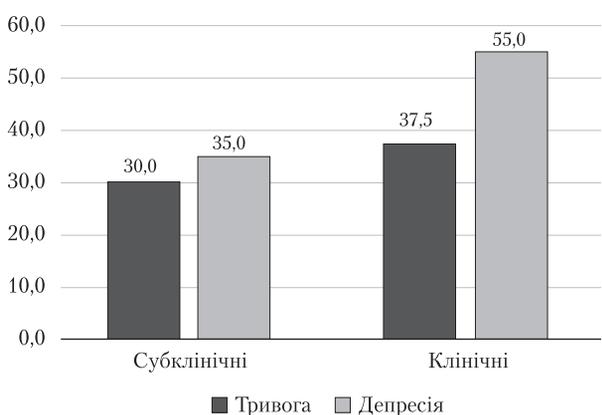


Рис. 3. Частота виявлення симптомів тривоги та депресії в пацієнтів із ХОЗЛ, %

депресії в пацієнтів із ХОЗЛ ($\tau = 0,4$; $p = 0,0002$), що не встановлено в контрольній групі.

Аналіз показників тривоги та депресії в пацієнтів із ХОЗЛ з урахуванням статі показав, що виразність тривоги та депресії була дещо вищою в жінок (10,0 (7,0; 12,0) та 11,0 (10,0; 14,0) балів) порівняно з чоловіками (9,0 (5,0; 11,0) і 10,0 (9,0; 13,0) балів), але різниця не досягла рівня статистичної значущості ($p > 0,05$). Медіана співвідношення тривоги/депресія була дещо вищою в жінок (0,8 і 0,7; $p > 0,05$).

Симптоми тривоги за результатами анкетування відзначали (67,5 ± 9,0) % пацієнтів із ХОЗЛ, тоді як симптоми депресії траплялися істотно частіше — у (90,0 ± 4,7) % опитаних ($p < 0,05$; рис. 2). Таким чином, симптоми тривоги в пацієнтів із ХОЗЛ мали місце майже в 7 пацієнтів із 10, а симптоми депресії — у 9 із 10.

Субклінічно виразні тривогу й депресію зафіксували в (30,0 ± 7,2) і (35,0 ± 7,5) % обстежених. Важливим є те, що клінічно виразні тривогу та депресію діагностували в більшій кількості обсте-

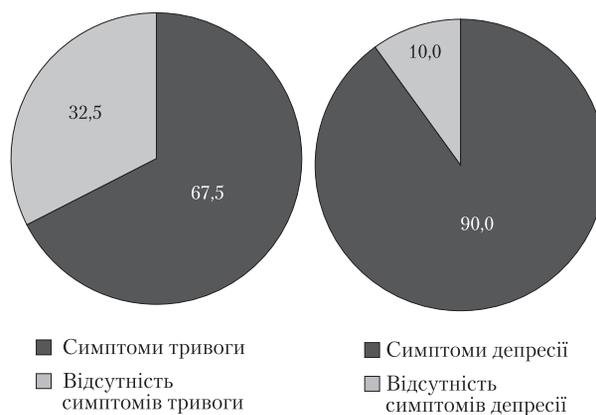


Рис. 2. Частота виявлення симптомів тривоги й депресії в пацієнтів із ХОЗЛ, %

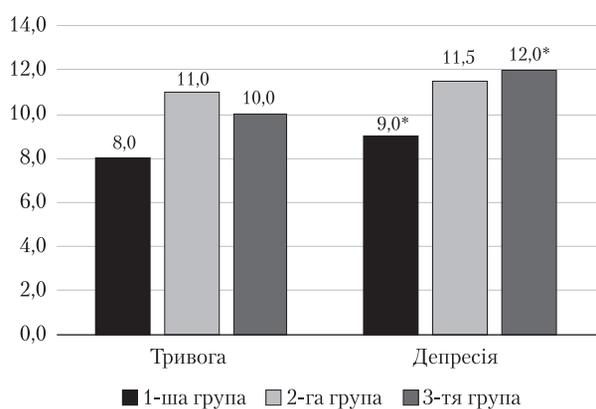


Рис. 4. Рівні тривоги та депресії в пацієнтів із ХОЗЛ із різною масою тіла, бали

Примітка. * $p = 0,003$.

жених ((37,5 ± 7,6) та (55,0 ± 7,9) %; рис. 3). Таким чином, серед пацієнтів із симптомами тривоги й депресії переважали пацієнти з клінічно виразними тривожно-депресивними розладами.

Рівень тривоги був найвищим у пацієнтів із надмірною масою тіла (11,0 (10,0; 11,0) балів), а рівень депресії — у пацієнтів з ожирінням (12,0 (10,0; 14,0) балів), в яких він був істотно вищим, ніж в осіб із нормальною масою тіла (9,0 (8,0; 11,0) балів; $p = 0,003$; рис. 4). Важливо, що медіана рівня депресії зростала в міру збільшення маси тіла — від 9,0 за нормальної маси тіла до 11,5 у разі надмірної маси тіла та 12,0 у разі ожиріння.

Виразність тривоги відрізнялась у пацієнтів залежно від маси тіла. Відсутність симптомів тривоги найчастіше відзначали в осіб із ХОЗЛ та нормальною масою тіла ((46,7 ± 12,9) %, (20,0 ± 12,6) % в осіб із надмірною масою тіла та (27,0 ± 11,5) % в осіб з ожирінням, обидва $p > 0,05$). Клінічно виразні симптоми тривоги найчастіше діагностували у хворих із надмірною масою тіла порівняно з пацієнтами з нормальною

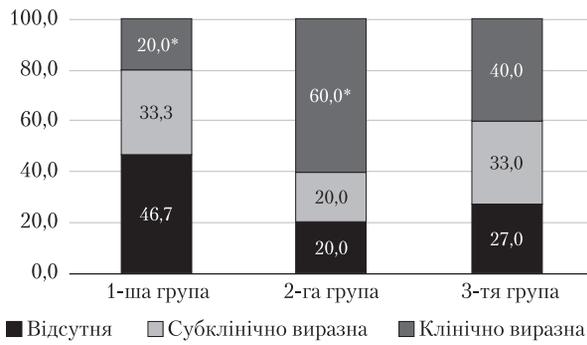


Рис. 5. Розподіл пацієнтів із ХОЗЛ із різною масою тіла за частотою виявлення симптомів тривоги різної виразності

Примітка. * $p < 0,05$.

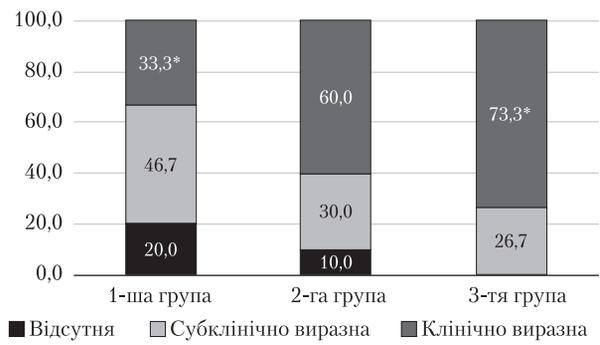


Рис. 6. Розподіл пацієнтів із ХОЗЛ із різною масою тіла за частотою виявлення симптомів депресії різної виразності

Примітка. * $p < 0,05$.

Таблиця. Рівні тривоги та депресії в чоловіків та жінок із ХОЗЛ з різною масою тіла

Маса тіла	Стать	Тривога, бал	Депресія, бал
Нормальна	Чоловіча	7,5 (4,0; 11,0)	9,5 (9,0; 11,0)
	Жіноча	8,0 (5,0; 9,0)	7,0 (7,0; 10,0)*
Надмірна	Чоловіча	11,0 (10,0; 11,0)	9,0 (9,0; 14,0)
	Жіноча	11,0 (10,0; 11,0)	12,0 (11,0; 14,0)
Ожиріння	Чоловіча	9,5 (5,0; 10,0)	12,5 (9,0; 14,0)
	Жіноча	11,0 (8,0; 13,0)	12,0 (11,0; 15,0)*

Примітка. * різниця статистично значуща ($p = 0,02$).

масою тіла ($(60,0 \pm 15,5)$ і $(20,0 \pm 10,3)$ %; $p < 0,05$; рис. 5).

Аналіз частоти та виразності ознак депресії в пацієнтів із ХОЗЛ та різною масою тіла показав, що частота відсутності ознак депресії зменшувалася в міру наростання маси тіла (від $(20,0 \pm 10,3)$ до $(10,0 \pm 9,5)$ % і 0; усі $p > 0,05$), тоді як частота клінічно виразної депресії — зростала ($(33,3 \pm 12,2)$, $(60,0 \pm 15,5)$ і $(73,3 \pm 11,4)$ %; $p_{1-3} < 0,05$; рис. 6). Отримані дані підтвердив кореляційний аналіз, який виявив, що ІМТ прямо корелював із виразністю депресії в пацієнтів із ХОЗЛ ($\tau = 0,3$; $p = 0,005$).

Проаналізовано відмінності порушень психоемоційного стану пацієнтів із ХОЗЛ з урахуванням маси тіла залежно від статі. Установлено, що рівні тривоги та депресії в жінок та чоловіків істотно не відрізнялись. У жінок спостерігалася тенденція до збільшення медіани рівня тривоги й депресії зі збільшенням ІМТ > 30 кг/м² (від 8,0 та 7,0 при ІМТ $< 29,9$ кг/м² до 11,0 і 12,0 при ІМТ $> 30,0$ кг/м²). Крім того, виявлено, що в жінок з ожирінням депресія була виразнішою, ніж у жінок із нормальною масою тіла (12,0 (11,0; 15,0) і 7,0 (7,0; 10,0) балів; $p = 0,02$; таблиця). Таким чином, жінки з ХОЗЛ та ожирінням схильніші до розвитку депресії, ніж пацієнтки з нормальною масою тіла.

Аналіз бази даних National Health and Nutrition Examination Survey (2024) показав, що

поширеність депресії серед пацієнтів із ХОЗЛ є вищою, ніж серед осіб без ХОЗЛ (21,1 та 8,5 %) [14]. Загалом наукові дані демонструють, що поширеність депресії в пацієнтів із ХОЗЛ відрізняється в різних країнах і навіть у різних географічних регіонах у межах однієї країни. У нашому дослідженні виявлено, що в $(67,5 \pm 9,0)$ % пацієнтів із ХОЗЛ були симптоми тривоги, у $(90,0 \pm 4,7)$ % — симптоми депресії. В іспанському дослідженні, проведеному S. Martínez-Gestoso та співавт., у 60,4 % пацієнтів виявлено тривожно-депресивні симптоми (за опитувальником HADS), з них у 67,7 % діагностовано субклінічно виразну депресію, у 41,7 % — клінічно виразну. Тривога була субклінічно виразною в 68,2 % пацієнтів, клінічно виразною — у 35,4 % [8]. Серед іранських пацієнтів із ХОЗЛ частота виникнення депресії становила 75,0 % [10].

Згідно з даними наукової літератури, розвиток депресії в пацієнтів із ХОЗЛ пов'язаний зі зростанням у крові маркерів системного запалення (С-реактивний білок, фактор некрозу пухлин- α), статусом курця, гіпоксемією, перивентрикулярним ураженням білої речовини, а розвиток тривоги — зі стійкою гіперкапнією та виразною задишкою [11]. Симптоми тривоги в пацієнтів із ХОЗЛ можуть бути пов'язані з дезадаптивною поведінкою, такою як уникнення діяльності, яка може в них спровокувати задишку, що призводить

до ізоляції, зниження якості життя та розвитку тривожного розладу [11]. Крім цього, хронічний стрес ослаблює імунну систему, підвищуючи сприйнятливості до респіраторних інфекцій, що призводить до розвитку загострень у пацієнтів із ХОЗЛ. Незважаючи на те, що і тривога, і депресія іноді співіснують, виявлено, що депресія є сильнішим предиктором повторної госпіталізації [8].

За нашими даними, рівень тривоги був найвищим у пацієнтів із надмірною масою тіла (11,0 балів), а рівень депресії — у пацієнтів з ожирінням (12,0 балів). Збільшується кількість доказів того, що психіатричні наслідки ожиріння виникають через нераціональне харчування, гіподинамію та накопичення вісцерального жиру. Метаболічні й судинні дисфункції (запалення, резистентність до інсуліну та лептину, артеріальна гіпертензія) розглядають як ключові для розвитку депресії та тривоги [4]. Установлено, що чоловіки та жінки, які страждають на ожиріння, мають на 55 % вищий ризик розвитку депресії, тоді як ті, хто страждає від депресії, — на 58 % вищий ризик розвитку ожиріння [7]. У нашому дослідженні встановлено, що частота клінічно виразної депресії зростала зі збільшенням ІМТ (від $(33,3 \pm 12,2)$ до $(60,0 \pm 15,5)$ і $(73,3 \pm 11,4)$ %; $p_{1-3} < 0,05$), відповідно пацієнти з ХОЗЛ та ожирінням належать до групи ризику виникнення депресії.

За даними дослідження, проведеного С.Ф. Christiansen та співавт., пацієнти з ХОЗЛ приховують інформацію про психічне здоров'я, вважаючи, що медичні працівники не можуть зрозуміти їхні проблеми, і тому утримуються від звернення по медичну допомогу. Уникання та соціальне дистанціювання пацієнтів призводить до збереження та/або погіршення симптомів, оскільки вони залишаються переважно невиявленими в клінічних умовах [3]. Тому, на нашу думку, важливо привернути уваги як медичних працівників, так і пацієнтів до проблем психічного здоров'я, оскільки їхнє вирішення сприятиме, імовірно,

кращому контролю перебігу основної хвороби, поліпшенню прихильності до лікування та якості життя пацієнтів.

Таким чином, поширеність тривожно-депресивних розладів при ХОЗЛ є досить високою, що потребує вчасного виявлення в клінічних умовах, особливо в групах ризику (пацієнти з ожирінням). Віддалені наслідки такої коморбідності необхідно вивчити у великих дослідженнях.

Висновки

1. Симптоми тривоги виявлено в $(67,5 \pm 9,0)$ % пацієнтів із ХОЗЛ, симптоми депресії — у $(90,0 \pm 4,7)$ % ($p < 0,05$). Клінічно виразну тривогу діагностували в $(37,5 \pm 7,6)$ % обстежених, тоді як клінічно виразну депресію частіше — у $(55,0 \pm 7,9)$ %. Виразність депресії в пацієнтів із ХОЗЛ перевищувала виразність тривоги ($11,0$ і $9,5$ бала; $p < 0,05$).

2. Рівень тривоги був найвищим у пацієнтів із надмірною масою тіла (11,0 балів), а рівень депресії — у пацієнтів з ожирінням (12,0 балів).

3. Клінічно виразні симптоми тривоги частіше діагностували в пацієнтів із надмірною масою тіла ($(60,0 \pm 15,5)$ %), що істотно частіше, ніж у пацієнтів із нормальною масою тіла ($(20,0 \pm 10,3)$ %; $p < 0,05$).

4. Частота клінічно виразної депресії зростала в міру збільшення маси тіла ($33,3$ % у пацієнтів із нормальною масою тіла, $60,0$ % у пацієнтів із надмірною масою тіла та $73,3$ % у пацієнтів з ожирінням; $p_{1-3} < 0,05$). У жінок з ожирінням депресія була виразнішою, ніж у жінок із нормальною масою тіла ($12,0$ та $7,0$ балів; $p = 0,02$).

5. Пацієнти з ХОЗЛ та ожирінням належать до групи ризику виникнення депресії, тому мають бути обстежені для її вчасного виявлення. Корекція симптомів тривоги та депресії має бути в основі мультидисциплінарного підходу для забезпечення оптимальної персоніфікованої терапії в пацієнтів із ХОЗЛ.

Конфлікту інтересів немає.

Список літератури

- Almarhoon FH, Almubarak KA, Alramdhan ZA, Albagshi RS, Alotayriz JK, Alqahtani AH. The association between depression and obesity among adults in the Eastern Province, Saudi Arabia. *Cureus*. 2021 Oct 14;13(10):e18794. doi: 10.7759/cureus.18794.
- Amiri S, Behnezhad S. Obesity and anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr*. 2019;33:72-89. doi: 10.1007/s40211-019-0302-9.
- Christiansen CF, Lokke A, Bregnballe V, Prior TS, Farver-Vestergaard I. COPD-related anxiety: a systematic review of patient perspectives. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2023 Jun 6;18:1031-46. doi: 10.2147/COPD.S404701. PMID: 37304765; PMCID: PMC10257401.
- Fulton S, Décarie-Spain L, Fioramonti X, Guiard B, Nakajima S. The menace of obesity to depression and anxiety prevalence. *Trends Endocrinol Metab*. 2022 Jan;33(1):18-35. doi: 10.1016/j.tem.2021.10.005.
- Herhaus B, Kersting A, Brähler E, Petrowski K. Depression, anxiety and health status across different BMI classes: A representative study in Germany. *J Affect Disord*. 2020;276:45-52. doi: 10.1016/j.jad.2020.07.020.
- Kamini B, Gopinath T, Balamurugan S, Arun JU, Narayanan H. Prevalence of depression and anxiety among chronic obstructive pulmonary disorder patients and its impact on the severity of the disease. *Asian Journal of Medical Sciences*. 2022;13(1):82-7. doi: 10.3126/ajms.v13i1.40563.
- Lassale C, Batty GD, Baghdadli A, et al. Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Mol Psychiatry*. 2019 Jul;24(7):965-86. doi: 10.1038/s41380-018-0237-8.
- Martínez-Gestoso S, García-Sanz MT, Carreira JM, et al. Impact

- of anxiety and depression on the prognosis of copd exacerbations. BMC Pulm Med. 2022 Apr 29;22(1):169. doi: 10.1186/s12890-022-01934-y.
9. Mathews AM. The functional and psychosocial consequences of COPD. Respir Care. 2023;68(7):914-26. doi: 10.4187/respcare.10542.
 10. Mohammadali Zohal, Leili Mohammadi, Farhad Shamloo, et al. Prevalence and associated depression risk factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Qazvin, Iran (2014). Eur J Ther. 2023 Apr. 11 [cited 2025 Mar. 27];25(3):159-63. doi: 10.5152/EurJTher.2018.287.
 11. Rahi MS, Thilagar B, Balaji S, et al. The impact of anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease. Adv Respir Med. 2023;91(2):123-34. doi: 10.3390/arm91020011.
 12. Sridhara VSHK, Acharya V. Comorbidities of chronic obstructive pulmonary disease and their affect on hospitalization of patients in a tertiary care hospital. Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives. 2021;11(1):120-3. doi: 10.1080/20009666.2020.1843823.
 13. Sundh J, Johansson G, Larsson K, Lindén A, Löfdahl CG, Janson C, Sandström T. Comorbidity and health-related quality of life in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease attending Swedish secondary care units. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2015 Jan 22;10:173-83. doi: 10.2147/COPD.S74645. PMID: 25653516; PMCID: PMC4310343.
 14. Wang F, Jia L. BMI moderates the relationship between depression and chronic obstructive pulmonary disease: A cross-sectional survey. Heart Lung. 2024 Nov-Dec;68:68-73. doi: 10.1016/j.hrtlng.2024.06.013. Epub 2024 Jun 26. PMID: 38936063.
 15. Wang J, Ran X, Ye J, et al. Obesity-associated anxiety is prevalent among college students and alleviated by calorie restriction. Nutrients. 2022; 14:3518. doi: 10.3390/nu14173518.

L.I. Pylypiv

State Non-Profit Enterprise «Danylo Halytsky Lviv National Medical University», Lviv, Ukraine

Psycho-Emotional State of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Different Body Weight

A multidisciplinary approach is relevant in the management of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Identification of risk groups for the development of anxiety and depressive disorders among patients with different body weight will help to ensure an integrated approach to diagnosis and treatment.

Objective – to determine the levels of anxiety and depression in patients with COPD exacerbation with different body weight.

Materials and methods. We examined 40 patients with exacerbation of COPD (19 women and 21 men, the median age was 60 years), who were divided into groups: with normal weight (n = 15), overweight (n = 10) and obese (n = 15). The severity of anxiety and depression was determined by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The results were analysed statistically.

Results and discussion. It was found that the level of depression in patients with COPD exceeded the level of anxiety (11.0 [9.0; 13.0] vs. 9.5 [6.5; 11.0] points; $p < 0.05$). Symptoms of anxiety were noted in (67.5 ± 9.0) % of patients with COPD, symptoms of depression – in (90.0 ± 4.7) % patients ($p < 0.05$). The severity of depression in obese patients was significantly higher than in patients with normal body weight (12.0 [10.0; 14.0] vs. 9.0 [8.0; 11.0] points; $p = 0.003$). Subclinically expressed anxiety and depression were recorded in (30.0 ± 7.2) % and (35.0 ± 7.5) % of the subjects, clinically expressed – in (37.5 ± 7.6) % and (55.0 ± 7.9) %. Clinically manifested anxiety was observed significantly more often in overweight patients and clinically manifested depression – in obese patients ((60.0 ± 15.5) vs. (20.0 ± 10.3) % in normal weight; (73.3 ± 11.4) vs. (33.3 ± 12.2) % in normal weight; both $p < 0.05$). The body mass index of the examined patients directly correlated with the severity of depression ($\tau = 0.3$; $p = 0.005$).

Conclusions. Symptoms of anxiety and depression were detected in the majority of patients with COPD (67.5 and 90.0 %) and their clinically expressed forms – in 37.5 and 55.0 %. Patients with COPD and obesity are at risk of depression, which indicates the need for diagnostic measures to detect it in this category of patients and ensure timely correction.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, depression, obesity.

Контактна інформація / Corresponding author

Пилипів Леся Ігорівна, к. мед. н., доц. кафедри внутрішньої медицини № 2
<https://orcid.org/0000-0003-1143-1626>. E-mail: dr_pylypivlesja@ukr.net

Стаття надійшла до редакції / Received 23.04.2025.

Стаття рекомендована до опублікування / Accepted 07.07.2025.

Стаття опублікована / Published 30.10.2025.

ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

- Пилипів ЛІ. Психоемоційний стан пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень із різною масою тіла. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2025;4:68-73. doi: 10.30978/TB2025-4-68.
- Pylypiv LI. [Psycho-Emotional State of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Different Body Weight]. Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection (Ukraine). 2025;4:68-73. <http://doi.org/10.30978/TB2025-4-68>. Ukrainian.