

розробленими для будь-якої локалізації патологічного процесу. Вирішальним методом діагностики та диференціальної діагностики туберкульозу шкіри є гістологічне дослідження біоптатів ураженої шкіри.

Водночас із впровадженням сучасних методів (ПЛР та імуногістохімічних) можливо значно полегшити та прискорити диференціальну діагностику туберкульозу шкіри.

УДК 616.24-002-003.9:615.8

Хронічне обструктивне захворювання легень та коморбідні депресивні розлади: можливості корекції в умовах санаторно-курортного лікування

М.М. Юсупалієва, М.М. Гришин, В.І. Яковлєв

Медична академія імені С.І. Георгієвського ФДАНЗ ВО «КФУ імені В.І. Вернадського», Сімферополь, Крим

За різними даними, депресивні розлади (ДР) спостерігаються у 10–42 % хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). У документі GOLD-2014 депресію називають одним із головних супутніх захворювань ХОЗЛ, яке значно погіршує прогноз. Попри це, лікуванню та діагностиці ДР у пацієнтів із ХОЗЛ надають недостатньо уваги.

Мета роботи — вивчення частоти та виразності ДР у хворих із ХОЗЛ й можливості корекції їх методами кліматолікування.

Матеріали та методи. Роботу виконано на базі Алуштинського санаторію «Ветеран» з участю 128 хворих із ХОЗЛ. Легкий перебіг (група А, за класифікацію GOLD-2014) констатовано у 34 (26,6 %) хворих, помірний (група В) — у 59 (46,1 %) та тяжкий (група С) — у 35 (27,3 %). Курили 94 (73,4 %) хворі, при цьому у 75 (58,6 %) індекс куріння становив 15 і більше пачка/років. Курс санаторно-курортного лікування (СКЛ) передбачав кліматопроедури (аеро-, геліо-, таласотерапію), інгаляції, фізіотерапію. Діагностику ДР та визначення їхньої тяжкості проводили по прибутті хворих у санаторій та перед виписуванням із застосуванням шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) і скороченого варіанта тесту-опитувальника Бека. За шкалою Гамільтона розглядали перших 17 пунктів з 21, які допомогли оцінити загальний настрій, рівень соматичної та психічної тривоги, якість сну, стан працездатності та активності, а також наявність вегетативно-соматичних симптомів, не пов'язаних із супутніми позалегеневими хворобами. Опитування за тестом Бека проводили шляхом самостійного заповнювання хворими анкет, що склалися з 13 пунктів. Відповіді на них дали змогу уточнити наявність когнітивно-афективних розладів, зокрема зниженого настрою, песимізму, відчуття невдоволення, роздратованості та ін.

Результати. ДР різного ступеня виразності виявлено у більшості пацієнтів (95 осіб, або 74,2 %). Таку високу частоту порушень можна пояснити тим, що серед обстежених, головним чином, були літні люди, в яких формування психопатологічних змін певною мірою зумовлено такими специфічними чинниками старіння, як гормональна і метаболічна перебудова організму, а також підвищеною частотою супутніх соматичних хвороб. Головними клінічними виявами ДР пізнього віку є, з одного боку, стертість або відсутність зниженого настрою, а з другого — переважання соматичних та іпохондричних скарг, що часто супроводжується погіршенням когнітивної діяльності. Вагомий внесок у розвиток депресивної симптоматики вносить також тривалий стаж куріння. У курців, за даними літератури, симптоми депресії розвиваються у 2,4 разу частіше, ніж у тих, хто не має цієї

звички. Отримані нами дані також підтверджують зв'язок між курінням і ДР. Так, нормальних значень ДР за шкалою Гамільтона (0–7 балів) і легкого ступеня (8–13 балів) не зафіксовано у жодного із 32 пацієнтів, що продовжували курити. Навпаки, із 20 хворих із тяжкими (19–22 бали) та край тяжкими (23 і більше балів) ДР було 16 курців. Однак, попри багатofакторний генез ДР, у хворих із ХОЗЛ, за нашими даними, спостерігається достатньо чітка кореляція між тяжкістю перебігу ХОЗЛ і виразністю депресивних виявів. Так, у пацієнтів із легким перебігом захворювання (група А) за шкалою Гамільтона приблизно з однаковою частотою встановлено стан норми та легкий рівень ДР — (47,1 ± 5,6) % і (52,9 — 6,41) % відповідно. Тяжчі форми ДР у цієї групи не виявлено. За помірно-тяжкого перебігу ХОЗЛ (група В) домінували легкі (33,9 ± 6,1) % та середньо-тяжкі (27,1 ± 5,0) % ДР, нормальні показники зафіксовано приблизно у кожного третього пацієнта, а у 5 (8,5 ± 3,3) % виявлено ДР тяжкого ступеня. У хворих із ХОЗЛ групи С нормальних показників тесту Гамільтона не встановлено взагалі. Переважно спостерігався помірний рівень ДР (51,4 ± 6,7) %, однак досить часто (42,9 ± 5,4) % виявляли також ДР тяжкого та край тяжкого ступеня.

Як свідчать результати повторного тестування перед випискою з санаторію, СКЛ сприятливо позначається на виявах коморбідних ДР. При цьому помічено пряму кореляцію між відповіддю на лікування та тяжкістю ХОЗЛ. Більшою мірою позитивних зрушень було досягнуто у хворих з легким перебігом ХОЗЛ. У більшості пацієнтів цієї групи (27, або ((79,4 ± 7,4) %) вдалося досягти стану норми за шкалою Гамільтона. Значно менш виразна динаміка у хворих з ХОЗЛ із тяжким перебігом (група С). У жодного з них після курсу СКЛ не спостерігалось нормалізації психофункціонального статусу. Однак, у 7 із 15 хворих з первинно тяжкими та вкрай тяжкими ДР перед виписуванням депресивні вияви зменшилися до помірних, за шкалою Гамільтона.

Висновки. Таким чином, дослідження показало значну частоту (74,2 %) ДР у хворих із ХОЗЛ, які перебувають на СКЛ. Простежується чітка кореляція між ступенем їх виразності та тяжкістю перебігу ХОЗЛ. Проведення кліматичного курсу СКЛ сприяє поліпшенню психофункціонального статусу згаданого контингенту, при цьому найбільш позитивної динаміки вдається досягнути у хворих групи А. Отримані результати свідчать про доцільність психодіагностичного тестування пацієнтів із ХОЗЛ, що прибувають на СКЛ. Також доцільно розробляти та впроваджувати програми психологічної корекції таких хворих на етапі санаторно-курортної реабілітації з використанням методів кліматотерапії.