From the side of the musculoskeletal system, AR of a toxic nature in the form of arthralgias was recorded in 22.4% of patients. From the side of the visual analyzer, 5.3% of the patient noted the loss of visual fields and double vision of objects. AR of a toxic nature, in particular, drug-induced liver damage was observed in 57.9% of people ($r = 0.8$; $p < 0.05$).

ARs of toxic-allergic nature were registered in 22.8% of cases. In 65.4% of patients, this was manifested by itching and ectericity of the skin, nausea, vomiting; in 19.2% of the surveyed - itching, pinpoint rash, nausea, increased blood pressure, pain in the epigastrium; in 15.4% - a rash, pain in the heart and joints, an increase in the level of transaminases.

Therefore, AR of a toxic nature in 39.5% of cases develops in the first month of treatment and in 55.3% of cases - in the second. AR of toxic-allergic nature in 69.2% of cases is detected after a patient receives 60 doses of anti-TB drugs, and in 11.5% of cases, AR may develop during treatment for 4 months.

Бродовська Н.Б.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛЕСКАТИЙ ЛИШАЙ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СУЧАСНОГО ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ЗАСОБУ

Кафедра дерматовенерології
Буковинський державний медичний університет

Підвищення ефективності лікування хворих на червоний плескатий лишай залишається актуальної проблемою в дерматології. Червоний плескатий лишай – хронічний запальний дерматоз із групи ліхенів, який у загальній структурі дерматозів складає від 0,8 % до 2,5 %. Згідно статистичних даних, в останні роки відзначається тенденція до зростання рівня захворюваності на червоний плескатий лишай, особливо серед осіб активного працездатного віку. Поширений характер ураження шкіри, інтенсивний свербіж висипки, хронічний рецидивний перебіг, збільшення частки хворих із тяжкими клінічними формами дерматозу, торпідними до стандартних методів лікування, є причиною зниження працездатності пацієнтів на тривалий час, що обґрунтовує актуальність підвищення ефективності лікування таких пацієнтів.

Метою роботи було підвищити ефективність лікування хворих на червоний плескатий лишай шляхом застосування у комплексній терапії гепатопротекторного препарату із вмістом екстракту артишоку (Cynara scolymus). Під спостереженням перебували 32 пацієнти (19 жінок, 13 чоловіків) віком від 21 до 76 років, в яких було діагностовано червоний плескатий лишай з різним ступенем поширеності та різною тривалістю основного захворювання. Контрольну групу склали 24 практично здорові особи подібного віку й статі. Для визначення функціонального стану органів системи травлення у пацієнтів із червоним плескатим лишаєм застосовували інструментальні (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини) та лабораторні (біохімічні, імуноферментні) методи дослідження.

При обстеженні у хворих на червоний плескатий лишай найчастіше діагностували захворювання органів гепатобіліарної системи – у 19 (59,4%) з 32 обстежених пацієнтів, у тому числі: хронічний холецистит – у 11 (34,4%) осіб, хронічний гепатит невірусного ґенезу – у 5 (15,6%) пацієнтів та гепатит С – у 3 (9,4%) осіб, які супроводжувалися змінами з боку біохімічного аналізу крові (зміни вмісту в сироватці крові білірубіну, холестерину, ліпідного спектру, активності трансаміназ). З урахуванням виявлених змін гепатобіліарної системи для підвищення ефективності лікування хворих на червоний плескатий лишай в комплексне лікування основної групи (16 осіб) додатково призначили гепатопротекторний препарат із вмістом екстракту артишоку (Cynara scolymus), решта пацієнтів – 16 осіб (порівняльна група) отримали стандартне лікування дерматозу. Згідно клінічних спостережень, у пацієнтів із червоним плескатим лишаєм основної групи, які отримали в комплексному лікуванні гепатопротекторний засіб із вмістом екстракту артишоку (Cynara scolymus), у середньому на 8-10 днів раніше відмічався регрес висипних елементів, ніж у пацієнтів порівняльної групи. Після завершення лікування у пацієнтів основної групи стан клінічного одужання

констатовано у 11 (68,8%) осіб, значне покращення і покращення – у 5 (31,3%) пацієнтів, серед хворих групи порівняння відповідно – у 7 (43,7%) та у 9 (56,3%) осіб.

Отже, включення у комплексну терапію пацієнтів із червоним плескатим лишаєм із діагностованими змінами функцій гепатобіліарної системи сучасного гепатопротекторного препарату із вмістом екстракту артишоку (Cynara scolymus) сприяє підвищенню клінічної ефективності лікування таких пацієнтів.

Підвербецька О.В.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА МІКОБАКТЕРІОЗУ ЛЕГЕНЬ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології
Буковинського державного медичного університету

Внаслідок розвитку Т-клітинного імунодефіциту, ВІЛ-позитивні особи мають підвищений ризик розвитку мікобактеріальної інфекції. Найбільш частою опортуністичною інфекцією ВІЛ-позитивних хворих є туберкульоз (ТБ) – захворювання, викликане бактеріями виду Mycobacterium tuberculosis complex. Провідною причиною смерті людей, що живуть з ВІЛ-інфекцією, також виступає ТБ. Однак, у хворих з ВІЛ-асоційованим імунодефіцитом вагоме місце в структурі опортуністичних інфекції займають умовно-патогенні мікобактерії Mycobacterium avium/intracellulare complex, які не становлять загрози для осіб з нормальною кількістю CD4+-лімфоцитів. Дані мікроорганізми спричиняють захворювання під назвою «мікобактеріоз» (МБ).

Варто зазначити, що патогенні та непатогенні мікобактерії є дуже подібними за своїми характеристиками та властивостями, за виключенням патогенності та вірулентності. Тому вкрай важливою є своєчасна диференційна діагностика даних патологій.

Аналіз літературних джерел показав, що клінічний перебіг ТБ та МБ є досить подібним. Інтоксикаційний синдром є неспецифічним проявом в обох випадках та характеризується підвищенням температури тіла, схудненням, пітливістю та втомлюваністю. Однак, чимало авторів відмічають, що у хворих на МБ вірогідно рідше спостерігаються бронхо-легеневі прояви у вигляді кашлю, задухи, плеврогенного болю та кровохаркання. У той же час МБ близько в половині випадків характеризується наявністю респіраторних проявів. Результати багатьох досліджень показали, що при МБ приблизно у 4-5 разів є вищою частота абдомінальних проявів у вигляді больового синдрому та діареї.

У хворих на ко-інфекцію ВІЛ/туберкульоз із вираженою імуносупресією, підвищується частота позалегеневих форм ТБ, у тому числі ТБ внутрішньо-грудних лімфатичних вузлів. Проте, при МБ частота ураження внутрішньогрудних лімфатичних вузлів є близько вдвічі вищою. У той же час, ураження легеневої тканини спостерігається значно частішим при ТБ.

Рентгенологічні ознаки легеневої мікобактеріальної інфекції – це множинні інфільтрації, центролобулярні вузлики, які місцями зливаються, порожнини розпаду, з переважною локалізацією у середній долі та язичкових сегментах. Такі рентгенологічні прояви імітують бактеріальну пневмонію та бронхопневмонію, особливо у пацієнтів із вираженою імуносупресією. При туберкульозній етіології запалення локалізація процесу частіше з’являється у верхніх частках легень та у верхній частині нижньої частки S6. Однак, при важкій імуносупресії туберкульоз також може локалізуватись у нижніх відділах легень.

У хворих на МБ значно частіше виявляють запальні зміни в лімфатичних вузлах черевної порожнини.

Частота виділення збудника на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції становить близько 30-50 % випадків при обох захворюваннях. Однак, важливо відмітити, що ключовим фактором диференційної діагностики є молекулярно-генетичний та культуральний методи. Як вказувалось вище, мікроскопічно мікобактерії туберкульозу та нетуберкульозні мікобактерії є кислотостійкими та палочкоподібними, тому метод мікроскопії не дозволяє їх віддиференціювати. Однак, молекулярно-генетичн метод Xpert MTB/Rif є