

летальність, але виникає ризик щодо відновлення імунної системи, посилення окиснювального стресу, що негативно впливає на ефективність лікування.

**Мета роботи** — оцінити ефективність лікування хворих з рецидивами туберкульозу легень при ВІЛ/ко-інфекції із застосуванням глютамін-цистеїніл-гліцин динатрію.

**Матеріали та методи.** Обстежено 31 хворого з рецидивами туберкульозу легень при ВІЛ/ко-інфекції. Їх розподілено на дві групи. Пацієнти 1-ї групи (15 хворих) отримували етіотропну терапію (протитуберкульозні засоби і антиретровірусну терапію) і додатково — глютамін-цистеїніл-гліцин динатрію. У разі синдрому системної запальної відповіді і виразної інтоксикації застосовували аспірин. Хворим 2-ї групи (16 осіб) призначали стандартну етіотропну терапію. Застосовували клінічні (динаміка зникнення інтоксикаційних і легеневи симптомів), рентгенологічні, лабораторні (бактеріологічні, імунологічні) і статистичні методи дослідження.

**Результати.** У всіх хворих 1-ї групи симптоми інтоксикації повністю зникли через 3 міс лікування (у 38,5 % у хворих 2-ї групи;  $p < 0,01$ ), через 1 міс від початку лікування — у 86,7 % (у 23,1 % пацієнтів 2-ї групи;  $p < 0,005$ ). Легеневі симптоми зникли через місяць у

60 % хворих 1-ї групи, а через 3 міс — у всіх (у хворих 2-ї групи відповідно у 7,1 %;  $p < 0,01$  та у 42,9 %;  $p < 0,005$ ). У 76,9 % пацієнтів 1-ї групи через 2 міс лікування припинилося бактеріовиділення (у 33,3 % хворих 2-ї групи;  $p < 0,05$ ), а через 3 міс — у 92,3 % (у 58,3 % пацієнтів 2-ї групи;  $p < 0,05$ ). Через 3 міс від початку лікування у 77,8 % хворих 1-ї групи загоїлися деструкції у легенях (у 12,5 % хворих 2-ї групи;  $p < 0,05$ ), а після закінчення основного курсу лікування — у 88,9 % пацієнтів (у 37,5 % 2-ї групи;  $p < 0,05$ ). Кількість хворих 1-ї групи із вмістом  $CD4^+$ -клітин  $> 200$  кл/мкл по завершенні інтенсивної фази та основного курсу лікування була вищою, ніж у 2-ї групі (відповідно 73,3 і 25 %;  $p < 0,05$  і 86,7 та 50 %;  $p < 0,05$ ). Летальних випадків у пацієнтів 1-ї групи не зафіксовано (у 31,3 % хворих 2-ї групи;  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Призначення хворим з рецидивами туберкульозу легень при ВІЛ/ко-інфекції додатково до стандартної терапії глютамін-цистеїніл-гліцин динатрію і аспірину сприяє зникненню клінічних симптомів захворювання, загоєнню деструкцій у легенях, відновленню імунної системи, зменшенню летальності і збільшенню частоти припинення бактеріовиділення, що підвищує ефективність лікування на 34 %.

УДК 616.6-002.5-071-079.4

## Дискусійні питання диференціальної діагностики туберкульозу шкіри в практиці лікаря-дерматолога

**О.В. Шуленіна**

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

E-mail: shuleninas@yandex.ru

**П**оліморфність нашкірних виявів різних форм туберкульозу нерідко зумовлює складнощі в постановці діагнозу та вимагає від дерматолога глибоких знань у питаннях диференціальної діагностики хвороби.

Так, туберкульозний вовчак диференціюють з дисккоїдною формою червоного вовчака (немає люпова, патогномонічні фолікулярний гіперкератоз та рубцева атрофія в центрі осередків), туберкулоїдною формою лепри (порушення больової і температурної чутливості, багряно-іржавий відтінок та поліморфізм висипки, мікроскопічно — виявлення паличок Ганзена), горбиковими сифілідами (щільність горбиків, швидший перебіг, мозаїчність рубців, позитивні серологічні реакції), шкірним лейшманіозом (перебування хворого в ендемічній зоні, лейшманіоми з лімфангітами із чоткоподібними потовщеннями, виявлення збудника), актиномікозом (норицеві отвори з гноем із друзами актиноміцетів).

Скрофулодерму слід диференціювати з сифілітичними гумами (солітарні, з центральним розпадом із утворенням зірчастих рубців), хронічною виразковою піодермією (не схильні до локалізації біля лімфатичних вузлів, запальна реакція з некрозом навколо виразки).

Бородавчатий туберкульоз шкіри зазвичай диференціюють з вульгарними бородавками (без запальних змін), вегетуючою піодермією (виразне запалення, рясне гнійне виділення), плоскоклітинним раком (асиметричне розташування, швидке виразкування).

Диференціальна діагностика виразкового туберкульозу шкіри та слизових оболонок передбачає вилучення виразок м'якого шанкру (рясні гнійні виділення, регіо-

нарний лімфаденіт, виявлення збудника сифілісу), ерозивних папульозних і пустульозних сифілідів (щільна консистенція країв і дна, виявлення *Tr. Pallidum* та ін.), горбиків третинного періоду сифілісу (безболісні виразки правильної округлої форми зі щільними валикоподібними краями).

Ліхеноїдний туберкульоз шкіри слід відрізнити від червоного плоского лишая. На користь останнього свідчить поява пласких папул з фіолетовим відтінком, полігональними обрисами та центральним западанням.

Папуло-некротичний туберкульоз шкіри необхідно диференціювати з масляними вуграми, які виникають у осіб, що контактують з маслами та емульсіями, локалізуються на розгинальних поверхнях кінцівок, виявляються фолікулітами, остіофолікулітами та комедонами.

Особливості клінічних виявів міліарного туберкульозу вимагають відрізнити його від папуло-пустульозної форми розацеа (телеангіектазії, інфільтрати, фолікулярні пустули, ринофіма) та міліарних папульозних сифілідів (щільні, поєднуються з іншими специфічними симптомами та позитивними серологічними реакціями).

Від еритеми Базена вузлову еритему відрізняють виразне запалення, болочість та гарячка, локалізація на передній поверхні гомілок, не буває тенденції до розпаду та виразкування. При скрофулодермі консистенція вузлів м'яка, краї виразки клаптеподібні, є норичеві ходи. При гумозних сифілідах немає суб'єктивних відчуттів, колір багряно-червоний, позитивні серологічні реакції.

Важливо пам'ятати, що діагностику туберкульозу шкіри проводять за загальними правилами фтизіатрії,

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 позалегеновими 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.