

Выявлены следующие типы отношения к болезни у больных туберкулезом: «Ипохондрический» — 42 (70 %) испытуемых, «Меланхолический» — 32 (53,3 %), «Тревожный» — 28 (46,7 %), «Сенситивный» — 50 (83 %) пациентов соответственно. У пациентов с неизлечимым туберкулезом гармоничный тип отношения к болезни не был выявлен ни у одного человека. Большое место в психологической картине при туберкулезе занимает ипохондрические нарушения — фиксирование пациентов на своих физических функциях, обилие жалоб на здоровье, тенденции к уходу в болезнь, склонность к истерическим реакциям в условиях стресса.

Выводы

У пациентов с туберкулезом легких, находящихся на паллиативном лечении, сформировался деструктивный астено-невротический тип личности и отношения к своему заболеванию, что препятствует успешности взаимодействия врача и пациента.

В лечение пациентов целесообразно включать психологическое сопровождение и психотерапевтическую помощь.

Знание индивидуальных психологических характеристик пациентов можно использовать для прогноза уровня приверженности лечению туберкулеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астафьева, Н. Г. Разработка и внедрение русской версии опросника «Dermatology specific quality of life (DSQL)» для исследования качества жизни больных атопическим дерматитом / Н. Г. Астафьева, В. В. Власов, А. А. Мартынов // Аллергология. — 2000. — № 3. — С. 44–46.
2. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний: метод. рекомендации для интернов и врачей / сост. Д. М. Менделевич, К. К. Яхин. — Казань, 1978. — 23 с.
3. Личко, А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, И. Я. Иванов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1980. — № 8. — С. 1195–1198.
4. Ломаченков, В. Д. Психологические особенности мужчин и женщин, впервые заболевших туберкулезом легких, и их социальная адаптация / В. Д. Ломаченков, Г. Я. Кошелева // Проблемы туберкулеза. — 1997. — № 3. — С. 9–11.

УДК 616.831.9-002.5:616.98:578.828Н1V

ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Мамонов В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Бондаренко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Туберкулезный менингит (ТМ) является одной из самых тяжелых оппортунистических инфекций у пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Чаще всего ТМ является проявлением острого милиарного и генерализованных форм туберкулеза [1]. По литературным данным, частота возникновения ТМ у лиц с коинфекцией туберкулеза и ВИЧ колеблется от 3 до 18,7 %, а летальность — от 21 до 63,3 % [2, 3]. В Гомельской области до настоящего времени туберкулез является ведущей причиной смерти лиц, живущих с ВИЧ, распространенность сочетания двух инфекций не имеет тенденции к снижению. Дифференциальную диагностику этой патологии проводят врачи разных специальностей, что требует знаний особенностей течения этой формы туберкулеза. Своевременная диагностика и лечение ТМ являются сложными у всех пациентов, так как аналогичную клиническую картину кроме микобактерий вызывают дрожжевые грибы рода *Candida* и *Cryptococcus*, а также вирусы [4].

Цель

Изучить особенности клинического течения, неврологический статус, лабораторные показатели и исходы ТМ у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с туберкулезом и коинфекцией ВИЧ, в том числе — 52 пациента с ТМ, находившихся на стационарном лечении в У «Гомельская областная клиническая туберкулезная больница» в 2015–2018 гг. Всем пациентам проводилось противотуберкулезное лечение согласно действующим нормативным документам, антиретровирусную терапию получали 68,2 % пациентов.

Статистическая обработка материала проведена с использованием описательных методов, данные представлены в виде удельного веса (%), абсолютные значения в виде $M \pm \sigma$.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди пациентов преобладали лица мужского пола — 54,5 %, средний возраст которых составил 37 ± 11 лет. 77,2 % пациентов проживало в городах, а 22,8 % — были сельскими жителями. 55 % пациентов не работали, из них 60 % по причине наличия группы инвалидности, лишь 45 % пациентов занимались трудовой деятельностью. 60 % пациентов злоупотребляли алкоголем, употребление инъекционных наркотиков отмечали 22 %.

Оценивались анамнестические данные, результаты клинического, рентгенологического, лабораторного и бактериологического обследования пациентов. У 50 % поступивших отмечалось удовлетворительное общее состояние с ясным сознанием, у 30 % состояние средней тяжести. Средняя длительность от начала туберкулеза до развития ТМ составила $3 \pm 1,15$ месяца. Длительность ВИЧ-инфицирования до момента манифестации туберкулезного менингита составила от нескольких месяцев до 10 лет.

В клинической структуре в изученной группе преобладали генерализованные остропрогрессирующие формы туберкулеза: милиарный — 58,8 %, диссеминированный — 15,3 %, казеозная пневмония — 8,2 %, внелегочные формы — 15,7 %. У 63,3 % пациентов микобактерия туберкулеза (МБТ) была выявлена в мокроте микроскопически и у 55 % МБТ выявлена при посеве в питательные среды, метод полимеразной цепной реакции (Хpert МТВ/Rif) показал наличие МБТ у 99,8 % пациентов. По результатам теста на молекулярно-генетическую лекарственную чувствительность у 76 % выявлен рифампицин-устойчивый туберкулез, подтвержденный в последующем бактериологически в 45,3 % случаев.

В клинической картине ТМ у 87,5 пациентов преобладало нарушение сознания различной степени. Особенностью ТМ явилось острое течение с коротким продромальным периодом — $3 \pm 1,6$ дня. У 33,5 % пациентов к концу этого периода развивалась кома. Такие классические жалобы как рвота и светобоязнь выявлены лишь у 25 % человек. Поражение черепно-мозговых нервов было выявлено лишь у 1/5 пациентов.

Спинномозговая пункция с исследованием спинномозговой жидкости (СМЖ) проведены лишь у 36,4 % пациентов в виду быстрого ухудшения состояния пациентов с развитием летального исхода.

Данные лабораторных и микробиологических исследований представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Лабораторные показатели у пациентов ТМ

Показатель, Ме (min-max)	Пациенты с ТМ (n = 52)
Хлорид-ионы СМЖ, мкмоль/л	111 (87–157)
Глюкоза СМЖ, ммоль/л	1 (0,05–2,1)
Белок СМЖ, г/л	1,99 (0,23–4,65)
Цитоз СМЖ, мм ³	252 (5–2219)
Микобактерии СМЖ, %	34,8
Лимфоциты СМЖ %	59 (4–100)

Окончание таблицы 1

Показатель, Ме (min-max)	Пациенты с ТМ (n = 52)
CD4+, мм ³	115 (20-430)
Гемоглобин, г/л	100 (45-162)
Эритроциты, 10 ¹² /л	3,45 (1,22-5,24)
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	6,85 (1,5-23,3)
Палочкоядерные, %	7 (1-28)
Лимфоциты, %	16 (1-40)
Бактериовыделение в мокроте, %	99,8%

Из таблицы 1 видно, что в СМЖ определяется белково-клеточная диссоциация: повышение белка до 1,99 г/л с умеренным лимфоцитарным плеоцитозом до 250 клеток в мкл. Очень важным патогномичным признаком явилось значительное снижение глюкозы — до 1 ммоль/л и хлорид-ионов — 111 мкмоль/л. У 57 % пациентов выполнен поиск возбудителя туберкулеза в СМЖ методом Xpert MTB/Rif, положительные результаты получены в 9,6 %.

Основным фактором, способствующим развитию ТМ, является тяжелая иммуносупрессия. Так, у ВИЧ-инфицированных медиана содержания CD4+ Т-лимфоцитов была всего 115 клеток в мм³.

Сложности терапии способствовал высокий процент лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза. Лишь 24 % штаммов были чувствительны к основным препаратам, монорезистентность выявлена в 2,5 %, а множественная и широкая лекарственная устойчивость, выявленная фенотипическими методами, определена в 45,3 % случаев.

При постановке Диаскинтеста у пациентов с ТМ в 100 % наблюдалась анергия. Таким образом, иммунодиагностика у ВИЧ-инфицированных пациентов из-за выраженного иммунодефицита неинформативна.

Из-за быстрого ухудшения состояния пациентов и переходом туберкулезного процесса в ТМ лишь у 27 % пациентов наблюдались изменения головного мозга на КТ.

У 100 % пациентов ТМ протекал крайне неблагоприятно и привел к летальному исходу. Среднее время от начала менингита до смерти составило 32 ± 12 суток, причем 62,5 % пациентов скончалось в течение первой недели.

Выводы

1. ВИЧ-инфекция способствует раннему развитию туберкулезного менингита с коротким продромальным периодом (в среднем 3 дня) и молниеносным течением — у 62,5 % пациентов менее 1 недели.

2. Туберкулезный менингит является самой тяжелой формой туберкулеза, который у 74,1 % пациентов протекал на фоне милиарного и диссеминированного туберкулеза легких, и в 100 % приводил к летальному исходу.

3. Из доступных методов исследования самыми информативными в диагностике туберкулеза и подтверждении этиологии туберкулезного менингита является ПЦР диагностика мокроты методом Xpert MTB/Rif в комплексе с обзорной рентгенографией легких.

ЛИТЕРАТУРА

1. Патоморфоз туберкулезного менингита у больных ВИЧ-инфекцией / В. Е. Бондарь [и др.] // Междун. неврол. журнал. — 2011. — № 4(42). — С. 10–15.
2. Tuberculous meningitis in HIV-infected patients: drug susceptibility and clinical outcome / V. Cecchini [et al.] // AIDS. — 2011. — Vol. 15, № (3)30. — P. 373–374.
3. Garg, R. K. Tuberculous meningitis in patients infected with human immunodeficiency virus / R. K. Garg, M. K. Sinha // J. Neurol. — 2011. — Vol. 258 (1). — P. 3–13.
4. Карпов, И. А. Хронические менингиты / И. А. Карпов, Е. П. Кишкурно, А. И. Василенко // Белорусский медицинский журнал. — 2004. — № 4(10). — С. 17–19.