

или рифампицину и другим ПТП – у 5 больных ($19,2 \pm 7,7\%$) и у 4 больных ($15,4 \pm 7,1\%$), множественная лекарственная устойчивость – у 15 больных ($57,7 \pm 9,7\%$) и у 16 больных ($61,5 \pm 9,5\%$) соответственно, широкая лекарственная устойчивость – у 4 больных ($15,4 \pm 7,1\%$) и у 3 больных ($11,5 \pm 6,2\%$) соответственно. В ОГ все НТМ были устойчивы ко всем ПТП.

При КТ органов грудной клетки у больных ОГ на фоне интерстициальных изменений выявлялась диссеминация с очагами различных размеров (от мелких до крупных) и различной интенсивности (от низкой до высокой), более выраженная в средних и нижних отделах. При этом у 3 ($11,5 \pm 6,2\%$) пациентов были мелкие инфильтраты с наличием полостей распада легочной ткани. Определялось увеличение внутригрудных лимфатических узлов, нередко в сочетании с поражением междолевой и висцеральной плевры. У пациентов ГС также имела место диссеминация, но очаги были расположены более симметрично, локализовались преимущественно в верхних и средних отделах, достоверно чаще наблюдалась тенденция к образованию инфильтратов с распадом легочной ткани и бронхогенным обсеменением – у 10 ($38,5 \pm 9,5\%$, $p < 0,05$). Дифференци-

ровать данные изменения в легких представляется довольно трудным не только по причине сходства рентгенологических изменений при туберкулезе и микобактериозе, но и вследствие наложения обеих патологий и изменений, развивающихся на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Не исключалось также развитие изменений в легких, связанных с проявлениями герпес- или цитомегаловирусной инфекции или пневмоцистной пневмонии.

Заключение. У больных ВИЧ-инфекцией клинические проявления при сочетании туберкулеза и микобактериоза легких похожи на таковые при туберкулезе, но характеризуются более частым поражением и органов брюшной полости. Дифференцировать сочетание этих заболеваний по рентгенологическим проявлениям не представляется возможным, что ставит вопрос о своевременной микробиологической диагностике для выявления МБТ, НТМ и возбудителей других оппортунистических инфекций, что необходимо для адекватного этиологического лечения.

*Мишин Владимир Юрьевич
(Vladimir Yu. Mishin)
E-mail: mishin.vy@mail.ru*



DOI 10.21292/2075-1230-2019-97-12-59-60

ВЫРАЖЕННОСТЬ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Титова Л. А., Пьянзова Т. В.

ФГБОУ ВО «Немеровский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Немеров, РФ

THE SEVERITY OF NEUROCOGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS OF A TB HOSPITAL

Titova L. A., Pyanzova T. V.

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Цель исследования: изучить распространенность и степень выраженности нейрокогнитивных расстройств (НКР) у пациентов фтизиатрического стационара.

Материалы и методы. В исследование включено 80 больных туберкулезом легких с бактериовыделением, направленных на госпитализацию в Кемеровский областной клинический фтизиопульмонологический медицинский центр в 2018 г. Критериями исключения служили: туберкулезный менингит, затрудненный контакт с пациентом в связи с тяжестью состояния и отказ пациента от участия в исследовании. ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний установлена в 36 (45%) случаях. Средний возраст пациентов с ВИЧ-инфекцией составил 39 (35; 43) лет. У 9 пациентов имелись эпи-

лептические приступы различного генеза. Медиана CD4⁺-лимфоцитов у ВИЧ-инфицированных пациентов составила 132 (58; 264) клетки в 1 мкл. Среди пациентов без ВИЧ-инфекции (медиана возраста – 47 (34,5; 57) лет) у 5 человек имелся сахарный диабет в стадии суб- и декомпенсации, у 7 – хроническая ишемия головного мозга. В контрольную группу включено 28 человек без туберкулеза, медиана возраста – 40,1 (20; 55,75). Для диагностики нейрокогнитивного статуса применялась краткая шкала оценки Mini-Mental State Examination (MMSE), которая включает несколько разделов: жалобы пациента, тест на ориентацию, тест на речевую активность, тест рисования часов и отсроченное воспроизведение слов. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета Statistica-6.0, электрон-

ных таблиц MS Excel 2007, применялся критерий хи-квадрат Пирсона, для количественных данных – критерий Манна – Уитни. Количественные данные представлены в работе в формате медианы и интерквартильного размаха – Ме (25-й; 75-й).

Результаты. Согласно результатам оценки, имели жалобы на когнитивные нарушения 55 (69%) больных туберкулезом. Из них 49 (66%) человек отмечали проблемы с памятью, а 39 (53%) – жаловались на нарушение концентрации и внимания. ВИЧ-статус не влиял на наличие жалоб на НКР: пациенты с ВИЧ-инфекцией имели соответствующие жалобы в 25 (67,5%) случаях, а без ВИЧ-инфекции – в 30 (69,8%). В контрольной группе установлено снижение когнитивных функций у 24 (85,7%) человек. Из них 13 (76%) отмечали проблемы с памятью, а 11 (64%) – проблемы с концентрацией и вниманием. Различий по наличию жалоб на НКР между больными туберкулезом и здоровыми лицами не выявлено ($p = 0,73$).

При анализе данных краткой шкалы оценки психического статуса выявлено, что НКР имелись у 44 (55%) пациентов. Из них умеренные нейрокогнитивные расстройства (УКР) выявлены в 22 (50%) случаях, выраженные – в 22 (50%). Возраст последних составил 48,1 (38,25; 57,75) года, а у пациентов без нарушений – 37,5 (33,75; 45,25) ($p = 0,04$). В контрольной группе НКР выявлены у 6 (21,4%) человек, что значительно меньше, чем в группе больных туберкулезом ($p = 0,005$). Все НКР являлись умеренными, выраженных нарушений в контрольной группе не встречалось.

Наибольшие затруднения у больных туберкулезом вызвал тест на речевую активность: не полностью справились с выполнением этого теста 59 (74%) человек, а в контрольной группе – 11 (39,2%). Лишь частично выполнили задание на отсроченное воспроизведение слов 38 (47,5%) пациентов, в контрольной группе – 7 (24,9%).

Тесты на ориентацию не полностью выполнены 21 (26,25%) пациентом, а в контрольной группе его не прошел 1 (3,5%) человек. С тестом «рисование часов» не справились 36 (45%) пациентов основной группы и 11 (39,2%) – контрольной.

При оценке НКР при различном ВИЧ-статусе выявлены выраженные нарушения (деменция по MMSE) в 11 (29,7%) случаях с ВИЧ-инфекцией и в 11 (25,6%) случаях без ВИЧ-инфекции. Средний показатель шкалы MMSE у пациентов с ВИЧ-инфекцией составил 16,3, у пациентов без ВИЧ-инфекции – 16,1. В контрольной группе медиана показателя шкалы MMSE составила 18,5.

Поскольку НКР могут снижать приверженность больных туберкулезом к лечению и соблюдению гигиенических требований эпидемического режима, выявление данных проблем и адекватное обучение больных и их близкого окружения будет способство-

вать профилактике прерывания терапии. Поэтому на основании проведенного исследования разработан алгоритм диагностики НКР и ведения пациентов фтизиатрического стационара. На этапе госпитализации, после беседы с пациентом и применения инструмента оценки MMSE, пациентов разделяют на три группы: без НКР, с УКР и выраженные НКР (деменция по MMSE). От принадлежности к группе зависит выбор тактики информационно-образовательной работы с пациентом. Пациентам с выраженными НКР проводится дополнительное обследование для установления причин таких нарушений: невролога и нарколога, по показаниям назначаются специальные методы обследования (МСКТ головного мозга, люмбальная пункция и т. д.). В этих случаях проводится индивидуальная работа с пациентом и его близким окружением, а также назначаются дополнительный контроль и наблюдение медицинским персоналом. С пациентами без НКР рекомендуется групповая информационно-образовательная работа – «Школа пациента», консультация психолога по показаниям. При наличии УКР рекомендуется сначала индивидуальная работа психолога с пациентом, а затем групповая либо индивидуальная информационная работа в группах по 3-4 человека.

Выводы

1. Распространенность НКР у пациентов фтизиатрического стационара составила 55%, из них половина – это выраженные нарушения (деменция по шкале MMSE). Доказательств зависимости выраженности НКР и ВИЧ-статуса больного туберкулезом не получено, что может быть связано с более старшим возрастом пациентов без ВИЧ-инфекции.

2. Пациенты с туберкулезом неадекватно оценивают свои когнитивные функции, поскольку не было различий в распространенности соответствующих жалоб с контрольной группой, тогда как объективные показатели при изменении этих функций с помощью опросника MMSE существенно различались. В связи с этим можно предположить, что по жалобам невозможно оценить распространенность НКР, требуется объективизация данной оценки с помощью специальных методик.

3. Использование теста MMSE в совокупности с учетом личностных и поведенческих факторов важно в диагностическом процессе для принятия решения о том, какую тактику информационной работы с пациентом необходимо избрать. Предложен алгоритм диагностики и клинического ведения пациентов с НКР и подходов к информационной работе, который позволяет оптимизировать ее на разных этапах ведения пациентов.

*Пьянзова Татьяна Владимировна
(Tatiana V. Pyanzova)
E-mail: tatyana_vezhnina@mail.ru*