

но не пытались его улучшить. Не пользовались дневным отдыхом 56% пациентов, а 43% – свободное время предпочитали проводить уединенно, злоупотребляя спиртными напитками.

У 40% больных отмечен низкий комплаенс, средний – у 40%, высокий комплаенс обнаружен всего у 20% обследованных больных. Психологическое тестирование выявило такие индивидуальные особенности, влияющие на комплаенс, как стресс (45%), фрустрация (30%), болезненное пристрастие к алкоголю (27%), которые определяли низкую готовность пациентов следовать врачебным назначениям. Социальная дезадаптация (пребывание в местах лишения свободы в прошлом) была обнаружена у 25% больных.

Всем больным был проведен скрининг согласно оригинальной методике, разработанной на кафедре фтизиопульмонологии КГМУ. Симптомы и синдромы легочного туберкулеза ранжировались по их диагностической значимости с присвоением каждому из них балльной оценки. Сумма баллов от 20 до 80 определяла вероятность туберкулеза и необходимость углубленного обследования больного. Обследование показало, что высокая степень вероятности туберкулеза (60-70 баллов) обнаружена у 30 (15%) человек, средняя степень (40-59 баллов) – у 90 (45%), низкая степень (23-29 баллов) – у 80 (40%).

Данные, полученные в ходе рутинного рентгенологического и компьютерного исследования, у большинства больных в общем совпадали. Это означало, что дорогостоящее дополнительное исследование с помощью компьютерной техники

не повлияло на установление диагноза более чем у половины больных туберкулезом (64%). В то же время использование КТ позволило выявлять ряд деталей, имеющих значение для уточнения патогенеза заболевания и определения лечебной тактики.

Сопутствующие заболевания, нередко маскирующие туберкулез у больных туберкулезом легких, были выявлены у 196 больных, что составило 81%. Чаще всего обнаружено сочетание туберкулеза и ХНЗЛ (80 человек, или 40%). Реже встречались сочетания основного заболевания с синдромом зависимости от алкоголя (32 человека, или 16%), с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (20 человек, или 10%) и с другой патологией.

Заключение. Контингент больных туберкулезом легких, выявленных в поликлинике, чаще представлен лицами мужского пола в возрасте старше 30 лет, имеющими низкие социальный статус и социальную активность. Трудности диагностики в стационаре можно объяснить особенностями клинико-рентгенологической картины, обусловленной современным патоморфозом и частыми сопутствующими заболеваниями, маскирующими отдельные клинические проявления туберкулеза. Повысить эффективность диагностики в поликлинике можно за счет использования скрининговой методики отбора лиц для углубленного обследования на туберкулез и научно обоснованного комплекса радиологического исследования, включая компьютерную томографию и тщательное исследование выделений больного для обнаружения возбудителя туберкулеза.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

НОВИЦКАЯ О. Н.¹, ЗАГОРСКАЯ И. В.², ФИЛИПОВА Т. П.³

ALGORITHM OF DIAGNOSTICS OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM TUBERCULOSIS IN HIV PATIENTS

NOVITSKAYA O. N.¹, ZAGORSKAYA I. V.², FILIPOVA T. P.³

¹ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет», г. Иркутск

²ОГБУЗ «Иркутская областная клиническая туберкулезная больница», г. Иркутск

³ОГБУЗ «Усть-Ордынский областной противотуберкулезный диспансер», п. Усть-Орда Иркутской области

¹Irkutsk State Medical University, Irkutsk, RF

²Irkutsk Regional Clinical Tuberculosis Patients, Irkutsk, RF

³Ust-Ordynsky Regional Anti-tuberculosis Dispensary, village of Ust-Orda, Irkutsk Region, RF

Цель: изучить ценность отдельных диагностических критериев патологии центральной нервной системы (ЦНС) у больных ВИЧ-инфекцией (ВИЧ), встречающейся в работе врача-фтизиатра, разработать алгоритм диагностики туберкулеза ЦНС у больных ВИЧ.

Материалы и методы. Обследованы 79 больных с туберкулезом ЦНС, сочетанным с ВИЧ-инфекцией (ВИЧ/ТБ ЦНС) (I группа), и 34 пациента с нетуберкулезными заболеваниями ЦНС, протекающими на фоне ВИЧ (II группа). Среди больных II группы в $5,8 \pm 4,0\%$ случаев была

диагностирована лимфома головного мозга, в $32,4 \pm 8,0\%$ – токсоплазмоз, в $11,8 \pm 6,0\%$ – гнойный менингит (менингоэнцефалит), в $20,6 \pm 7,0\%$ – цитомегаловирусное поражение головного мозга, в $29,4 \pm 8,0\%$ – криптококкоз ЦНС. Для создания алгоритма диагностики ВИЧ/ТБ ЦНС использовали данные 196 больных ВИЧ/ТБ ЦНС (III группа). Все больные находились на лечении в Иркутской областной клинической туберкулезной больнице в 2000-2013 гг.

Группы были идентичны по возрастно-половому составу больных: 85% обследованных пациентов всех групп составили мужчины в возрасте $32,8 \pm 0,7$ года, у всех обследованных больных была 4В стадия ВИЧ.

В качестве диагностических критериев анализировали данные анамнеза, указывающие на связь с туберкулезной инфекцией, общие, биохимические и бактериологические анализы ликвора, проводили исследование ликвора на нейроинфекции, в том числе методом ПЦР, рентгенографию легких, МСКТ головного мозга с внутривенным контрастированием. Статистическую обработку материалов выполняли при помощи пакета прикладных программ Statistica 6.

Результаты исследования. Анализ отдельных критериев показал их относительную диагностическую ценность: наличие контакта с туберкулезным больным отметили $31,6 \pm 5,0\%$ пациентов I и $32,4 \pm 8,0\%$ II группы, $p > 0,05$, перенесенный ранее туберкулез любой локализации был у $49,4 \pm 6,0\%$ и $64,7 \pm 8,0\%$ больных обеих групп соответственно, $p > 0,05$, у $8,8 \pm 5,0\%$ пациентов II группы нетуберкулезное поражение ЦНС сочеталось с туберкулезом легких. Наличие/отсутствие данных о контакте с туберкулезным больным и активный или перенесенный туберкулез других локализаций у пациентов с поздними стадиями ВИЧ следует считать косвенным признаком туберкулезной природы поражения ЦНС.

Анализ МСКТ-признаков поражения ЦНС включал 13 критериев и не выявил четких, характерных только для туберкулеза ЦНС, данных. Отмечено, что при туберкулезном поражении очаги локализовались преимущественно в височных, теменных и лобных долях головного мозга, в то время как для нетуберкулезного поражения были характерны более разнообразная локализация и достоверно более частое поражение базальных ядер.

В ликворе пациентов с нетуберкулезным ВИЧ-ассоциированным поражением ЦНС существенно чаще определялся невысокий лимфоцитарный цитоз в несколько десятков клеток ($28,9 \pm 5,0$ и $50 \pm 9\%$, $p < 0,05$), в то время как в I группе больных преобладал характерный для туберкулезного поражения лимфоцитарный цитоз от нескольких десятков до сотен клеток в 1 мкл ($57,9 \pm 6,0$ и $28,1 \pm 8,0\%$, $p < 0,01$). Остальные показатели ликвора в группах существенно не различались.

Сравнительный анализ различных методов обнаружения возбудителя в ликворе у пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом ЦНС показал наибольшую результативность метода ПЦР, которая, тем не менее, достигала только 30%.

В связи с отсутствием четкости отдельных диагностических критериев, указывающих на ту или иную ВИЧ-ассоциированную патологию головного мозга, разработали модель поэтапной диагностики туберкулеза ЦНС у больных ВИЧ, представляющую собой последовательный интегративный анализ изученных критериев состояния больных.

Первый этап диагностики ТБ ЦНС у больных ВИЧ с патологией нервной системы предусматривает сбор анамнеза, анализы ликвора, рентгенологическое обследование легких, исследование спинномозговой жидкости на микобактерии туберкулеза и другие нейроинфекции, в том числе методом ПЦР. При определении конкретной этиологической причины болезни необходимо срочно начать соответствующую терапию. Отсутствие сведений о возбудителе и данных об активном или перенесенном туберкулезе на фоне нетипичного состава ликвора позволяет изначально считать специфичность процесса маловероятной.

Если возбудитель заболевания не выделен, для постановки диагноза ВИЧ/ТБ ЦНС имеют значение такие отдельно или в совокупности взятые факторы, как наличие туберкулеза любой локализации, данные о ранее перенесенном туберкулезе, характерные изменения в ликворе и на МСКТ мозга, а также быстрый положительный эффект от применения противотуберкулезной терапии.

Отсутствие характерных изменений в ликворе не исключает специфической природы заболевания у больных ВИЧ при условии имеющих рентгенологических признаков туберкулеза органов дыхания или данных о перенесенном ранее туберкулезе. Этим больным целесообразно своевременное назначение противотуберкулезной терапии и в случае ее успешного проведения – подтверждение диагноза ВИЧ/ТБ ЦНС. Неэффективность противотуберкулезной терапии может иметь следствием две различных стратегии ведения пациентов, дифференцированные по МСКТ-картине мозга. При отсутствии очаговых изменений при МСКТ необходимы повторный поиск возбудителя в ликворе и пробное противогрибковое и противовирусное лечение. При очаговом характере поражения мозга имеет значение оценка эффекта от пробного лечения токсоплазмоза, а при неэффективности проводимой терапии – результаты стереотаксической биопсии головного мозга.

Заключение. Рациональная диагностика ВИЧ/ТБ ЦНС складывается из поэтапного анализа результатов комплексного обследования больных, включающих данные анамнестических, клинических, рентгенологических, лабораторных и инструментальных методов исследования.