

По данным К. Wolf-Mayer с соавт. [10], средний уровень АД в возрасте 35-74 года в западноевропейских странах составил 136/83 мм рт.ст., в США и Канаде — 127/77 мм рт.ст. Выявленный в нашем исследовании средний уровень АД (141/86 мм рт.ст.) был выше, чем в большинстве западноевропейских и североамериканских стран, что свидетельствует о низком уровне контроля АД, характерном для РФ в целом [4].

В систематическом обзоре, посвященном анализу распространенности АД в мире, Р. Kearney с соавт. [8] отметили значительные различия между странами и регионами по распространенности АД. Диапазон вариабельности распространенности АД составлял от 3,4% у мужчин сельских районов Индии до 72,5% у польских женщин. В РФ, по данным эпидемиологического мониторинга, распространенность АД варьирует от 32,3% в Дальневосточном федеральном округе до 45,9% в Южном федеральном округе [4]. В некоторых отечественных исследованиях отмечены более высокие показатели распространенности АД [2].

Как показало наше исследование, в сельских и отдаленных районах Иркутской области имеется высокая распространенность АД (48,1%), превышающая таковую распространенность в ряде регионов РФ. Ведущими причинами столь высокой распространенности, по на-

шему мнению, являются особенности обследованного контингента — основным материалом нашего исследования послужили жители северных сельских районов с тяжелыми климатическими и социальными условиями проживания и низкой доступностью специализированной медицинской помощи.

Известно, что возраст является одним из ведущих факторов риска развития АД [5]. В нашем исследовании наиболее значительное увеличение распространенности АД, уровней САД и ДАД отмечалось в четвертой и пятой декадах жизни. При этом с увеличением возраста увеличивалась также и степень АД. По нашим данным, критическими возрастными периодами для развития АД являются 45 лет для повышения САД и 54 года для повышения ДАД, что необходимо учитывать при планировании профилактических мероприятий.

Таким образом, в сельских и отдаленных районах Иркутской области регистрируются высокие уровни АД и высокая распространенность АД, превышающие таковые значения в ряде регионов РФ. Наиболее значительное увеличение распространенности и степени АД, уровней САД и ДАД отмечается в четвертой и пятой декадах жизни. Критическими возрастными периодами для развития АД являются 45 лет для повышения САД и 54 года для повышения ДАД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии. М: 2008.
1. Internet: <http://www.cardiosite.ru/medical/recom-artgip.asp>
2. Константинов В.В., Жуковский Г.С., Тимофеева Т.Н. и др. Распространенность артериальной гипертензии и ее связь со смертностью и факторами риска среди мужского населения в городах разных регионов. // Кардиология. — 2001. — №4. — С. 39-43.
3. Lenfant C. Гипертензия и ее последствия: состояние проблемы в мире. // Артериальная гипертензия. — 2005. — №2. — 4. Internet: http://www.consilium-medicum.com/media/gyper/05_02/86.shtml
4. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. // Российский кардиологический журнал. — 2006. — №4. — С. 45-50.
5. Hajjar L., Kotchen J.M., Kotchen T.A. HYPERTENSION: Trends in Prevalence, Incidence and Control. // Annual. Rev. of Public Health. — 2006. — Vol. 27. — P.465-490.
6. Hoogen van den P.C.W, Feskens E.J.M, Nagelkerke N.J. et al. The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in different parts of the world. // The New Engl. J. of Med. — 2000. — Vol.342. — P. 1-8.
7. Kearney P.M, Whelton M., Reynolds K. et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. // Lancet. — 2005. — Vol. 365: 217-223.
8. Kearney P., Whelton M., Reynolds K., et al. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. // J. of Hypertension. — 2004. — Vol. 22. — P. 11-19.
9. Lawes C.M.M., Bennett D.A., Feigin V.L. et al. Blood Pressure and Stroke: An Overview of Published Reviews. // Stroke. — 2004. — Vol. 35. — P.1024-1033.
10. Wolf-Maier K., Cooper R.S., Banegas J.R., et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and the United States. // JAMA. — 2003. — Vol. 289. — P. 2363-2369.

Информация об авторах: 664003, г.Иркутск, ул.Красного Восстания, 1, ИГМУ,
тел. (3952) 20-39-42, e-mail: asinkov@gmail.com

Синькова Галия Мнуильевна — к.м.н., заместитель главного врача по лечебной работе, ассистент.

© ПЕТРУНЬКО О.В. — 2011
УДК 616.89-008.454

ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ТРЕВОГОЙ

Ольга Вячеславна Петрунько

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В.Шпрах,
кафедра психиатрии, зав. — д.м.н., проф. А.С.Бобров)

Резюме. Среди стационарного контингента пациентов (n=103) с депрессивным расстройством (единичный депрессивный эпизод или рекуррентное течение) в 49,5% случаев выявлено диагностически очерченное генерализованное тревожное расстройство (ГТР) в соответствии с диагностическими критериями DSM-IV-TR. В зависимости от наличия/отсутствия ГТР, ассоциированного (коморбидного) депрессии, отмечены достоверные отличия среди 2 групп пациентов с депрессивным расстройством: по тяжести и длительности депрессивного эпизода, наличию вегетативных расстройств (в рамках реактивной лабильности, в ответ на незначительное физическое напряжение, перманентные/пароксизмальные неспровоцированные проявления вегетативных расстройств); характеру патологических телесных ощущений, сопутствующих пароксизмальных тревожных расстройств, уровню социального функционирования.

Ключевые слова: депрессивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, коморбидность.

DEPRESSIVE DISORDER WITH GENERALIZED ANXIETY

O.V. Petrunko

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. Among the hospital contingent of patients with depressive disorder (single episode or recurrent depressive course) diagnostically contoured generalized anxious disorders (GAD) were identified in 49,5% cases in line with the diagnostic criteria of DSM-IV-TR. Depending on the presence / absence of GAD-associated (co-morbid) depression, there were significant differences among the 2 groups of patients with depressive disorder: the severity and duration of depressive episode, presence of autonomic disorders (within the reactive lability, in response to insignificant physical tension, permanent / paroxysmal unprovoked manifestations of autonomic disorders); nature of pathological bodily sensations, accompanying paroxysmal anxiety disorders, the level of social functioning.

Key words: depressive disorder, generalized anxious disorder, comorbidity.

Современные представления о взаимоотношениях депрессии и тревоги предполагают, что депрессия и тревога редко встречаются в «чистом виде», и их сочетание является правилом, а не исключением [10, 14]. Большой депрессивный эпизод и генерализованное тревожное расстройство (ГТР) характеризуются чрезвычайно высокой коморбидностью, вплоть до их неразличимости при эпидемиологических исследованиях [15, 11]. В этом можно увидеть скрытые динамические тенденции и родство многих проявлений тревоги и депрессии, указывающие на целесообразность поиска взаимосвязей и вероятной единой психопатологической сущности данных состояний [5]. Искусственность принятых разграничений тревожных и депрессивных расстройств признается как российскими [1], так и зарубежными авторами [12]. В качестве первой линии терапии генерализованного тревожного расстройства (ГТР), большой депрессии в сочетании с ГТР предлагается использование серотонинергических препаратов или антидепрессантов двойного действия; доказана их эффективность как для краткосрочной, так и долгосрочной терапии [8, 9, 13].

Отечественными исследователями приводятся различные соотношения депрессии и ГТР в аспекте терапии антидепрессантами и анксиолитиками. Так, В.О. Чахава с соавт. (2007) выделяет: ГТР без коморбидных расстройств, ГТР с субсиндромальными коморбидными расстройствами (фобии простые, социальные, ипохондрические, астения, панические атаки), ГТР с клинически выраженными коморбидными расстройствами (обсессивно-компульсивное расстройство, агорафобия с паническим расстройством, паническое расстройство, депрессивный эпизод) [7]. В работе А.С. Боброва с соавт. (2007) выявлены следующие варианты сочетания генерализованной тревоги и депрессии: ГТР с коморбидным очерченным депрессивным эпизодом (ДЭ), ДЭ с субдиагностическими проявлениями ГТР, ГТР с субдиагностическими проявлениями депрессивной симптоматики [4].

До настоящего времени продолжается дискуссия о критериях ГТР. В DSM-III-R (1987) основанием для постановки диагноза ГТР считалось наличие не менее 6 симптомов из перечня в количестве 18, состоящего из трех блоков — «Напряжение моторики», «Вегетативная гиперактивность», «Бодствование и настороженность», а также неадекватного (чрезмерного) беспокойства по поводу 2-х и более жизненных обстоятельств (когнитивная тревога). В DSM-IV-TR (2000) при сохранении критерия когнитивной тревоги количество необходимых симптомов для постановки диагноза ГТР сокращено до «не менее 3-ех», общее количество симптомов до 6-ти: неусидчивость, чувство «заведенности» или пребывания «на грани»; быстрая утомляемость; трудности в сосредоточении внимания; раздражительность; мышечное напряжение; нарушение сна (трудности при засыпании или бессонница, или беспокойный, неосвежающий сон). Исключены из перечня необходимых симптомов проявления вегетативных расстройств.

Цель исследования: изучение влияния сопутствующей генерализованной тревоги на клинические проявления и течение депрессивного расстройства.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе пограничных отделений и дневного стационара ИОКПБ №1.

Обследовано 103 больных, выразивших добровольное информированное согласие на участие в исследовании: женщин — 83,5%, мужчин — 16,5%. Средний возраст к началу исследования — $44,5 \pm 1,5$ лет. Диагностика депрессивного расстройства осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10 (1994). По типу течения пациенты распределились следующим образом: единичный депрессивный эпизод (ДЭ) — 24,3%, рекуррентное депрессивное расстройство — 75,7%.

Среди пациентов с депрессивным расстройством и манифестом заболеваниями в возрасте 35-55 лет выделены две группы пациентов: ДЭ с диагностически очерченными критериями ГТР в соответствии с DSM-IV-TR ($n=51$, 49,5%), ДЭ без ГТР ($n=52$, 50,5%). Основаниями для утверждения об отсутствии ГТР по DSM-IV являлись: длительность симптомов тревоги менее 6 мес.; моноидеизм в содержании доминирующих переживаний, как правило, отражающих одно актуальное стрессовое событие, предшествующее возникновению депрессии или длительно существующее; наличие чрезмерной (неконтролируемой) озабоченности по поводу 2-х и более жизненных обстоятельств, но в сочетании не более, чем с двумя симптомами из соответствующего перечня с шестью позициями.

В настоящем исследовании использована инновационная технология в регистрации депрессивной, тревожной и коморбидной симптоматики в структуре депрессии в виде Аффектограммы [2, 3]. Порядок составления Аффектограммы включает два этапа. На первом этапе регистрируется симптоматика по мере ее предъявления пациентом с последующим уточнением ее полноты. Второй этап оформления Аффектограммы содержит группировку симптоматики в диагностические блоки: депрессивный с указанием тяжести депрессии (депрессивный эпизод по МКБ-10) и оттенка сниженного настроения (гипотимии); перманентной тревоги в виде генерализованного тревожного расстройства с выделением когнитивной, психической и соматической (вегетативной) составляющей; сенсорный с указанием структуры патологических телесных ощущений (алгии, сенестозии, алготермии), их локализаций и степени генерализации (моно-, би- и полилокальные); идеаторный (денотат депрессии, содержание навязчивых тревожных опасений); наличие/отсутствие идеаторной и/или моторной заторможенности; атипичной симптоматики, а также коморбидных расстройств, к примеру, в виде различных вариантов пароксизмальной/пароксизмальноподобной тревоги с/без агорафобии. Преимущество Аффектограммы состоит также в том, что на ее основе формируется наиболее полный диагноз с указанием: тяжести и типа депрессии, структуры и степени генерализации ПТС, идеаторных образований (неипохондрическое, ипохондрическое и смешанное содержание), особенностей депрессивной триады, воз-

Таблица 1

Тяжесть ДЭ по МКБ-10 зависимости от наличия/отсутствия ГТР

Тяжесть ДЭ	ДЭ + ГТР ($n=51$)		ДЭ ($n=52$)	
	Абс.	%	Абс.	%
Умеренный	9	17,6*	29	55,8*
Тяжелый	42	82,4*	22	42,3*

Примечание: * $p < 0,001$.

можного включения атипичной симптоматики, коморбидных расстройств.

Данные представлялись в виде абсолютных и относительных величин. Статистическая обработка осуществлялась при помощи z-критерия (Primer of Biostatistic by S. Glanz, 1999). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p=0,05$ [6].

Результаты и обсуждение

В соответствии с диагностическими критериями ГТР по DSM-IV-TR у пациентов группы ДЭ с ГТР выявлены жалобы на чрезмерную тревогу или беспокойство (тревожное ожидание), наблюдающиеся большую часть времени в течение 6 месяцев по поводу нескольких бытовых событий или занятий, которые трудно контролируются больным, а также следующие симптомы (в порядке убывающей частоты): нарушение сна (трудности при засыпании или бессонница, или беспокойный, неосвежающий сон) — 96,7%; трудности в сосредоточении внимания или ощущение пустоты в голове — 93,4%; быстрая утомляемость — 83,6%; раздражительность — 75,4%; мышечное напряжение — 39,3%; неусидчивость, чувство «заведенности» или пребывания «на грани» — 37,3% (рис.1).

При сравнительном статистическом анализе пациентов с ДЭ в зависимости от наличия/отсутствия диагностических критериев ГТР отмечены статистически значимые различия ($p<0,001$) в тяжести ДЭ по МКБ-10 (табл. 1). Так пациенты группы ДЭ с ГТР в отличие от пациентов с ДЭ без ГТР отличались большей тяжестью депрессии (тяжелый депрессивный эпизод — 82,4% и 42,3% соответственно, умеренный ДЭ — 17,6% и 55,8% соответственно).

Таблица 2

Частота вегетативных расстройств по механизму возникновения в структуре ДЭ в зависимости от наличия/отсутствия ГТР

Вегетативные расстройства	ДЭ + ГТР Общее количество вегетативных расстройств (n=178)		ДЭ Общее количество вегетативных расстройств (n=181)	
	Абс.	%	Абс.	%
Вегетативные расстройства в ответ на незначительное физическое напряжение	21	11,9	17	9,4
Вегетативная реактивная лабильность	53	29,8*	80	44,2*
Постоянные/периодические неспровоцированные проявления вегетативных расстройств	104	58,4**	84	46,4**

Примечание: * $p<0,001$, ** $p<0,02$.

Проведен анализ частоты вегетативных расстройств по механизму их возникновения [3] в структуре ДЭ в зависимости от наличия/отсутствия ГТР (табл. 2). Так среди группы пациентов ДЭ с ГТР наиболее часто выявлялись постоянные/периодические неспровоцированные проявления вегетативных расстройств (58,4%); вегетативная реактивная лабильность (29,8%), значительно реже — вегетативные расстройства в ответ на незначительное физическое напряжение (11,9%). Среди пациентов ДЭ с ГТР по сравнению с ДЭ без ГТР статистически значимо чаще ($p<0,02$) отмечались постоянные/периодические неспровоцированные вегетативные

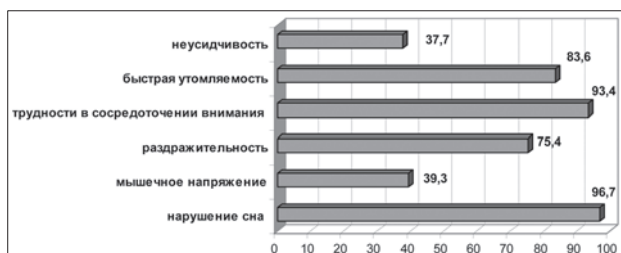


Рис.1. Частота (в %) симптомов ГТР, сопутствующего ДЭ (n=51)

расстройства (58,4% и 46,4% соответственно), реже ($p<0,001$) регистрировалась вегетативная реактивная лабильность (29,8% и 44,2% соответственно).

Анализ патологических телесных ощущений в структуре ДЭ с ГТР выявил наиболее частую представленность сенестопатий (62,7%), структурно простых, преимущественно термических, сенестопатий (37,3%), реже это были алгические проявления (19,6%). При этом алгии регистрировались среди пациентов ДЭ с ГТР статистически значимо реже ($p<0,02$), чем среди пациентов ДЭ без ГТР (19,6% и 36,5% соответственно). У пациентов ДЭ с ГТР регистрировались различные проявления пароксизмальной тревоги: полные панические атаки (7,8%), панические атаки с атипичной симптоматикой (19,6%), симптоматически бедные панические атаки (7,8%), агорафобия (13,7%). Анализ проявлений пароксизмальной тревоги у пациентов ДЭ в зависимости от наличия/отсутствия ГТР выявил статистически достоверные различия ($p<0,05$) в частоте панических атак с атипичной симптоматикой среди пациентов ДЭ с ГТР по сравнению с группой ДЭ без ГТР (19,6% и 3,8% соответственно).

Пациентов ДЭ с ГТР характеризует ($p<0,02$) более затяжной характер течения депрессивного эпизода (средняя длительность текущего ДЭ $10,3\pm 1,5$ мес.) по сравнению с группой пациентов ДЭ без ГТР (средняя длительность текущего ДЭ $6,0\pm 1,2$ мес.). Сочетание депрессии с генерализованным тревожным расстройством приводило к ухудшению социального функционирования пациентов, среди них 37,3% являлись инвалидами, статистически значимо реже ($p<0,01$) по сравнению с пациентами ДЭ без ГТР продолжали трудовую деятельность (31,4% и 53,8% соответственно).

Таким образом, среди стационарного контингента пациентов с депрессивным расстройством (единичный ДЭ или рекуррентное течение) в 49,5% случаев выявлено ГТР в соответствие с диагностическими критериями DSM-IV-TR. В зависимости от наличия/отсутствия ГТР, ассоциированного (коморбидного) депрессии, отмечены статистически значимые отличия ($p<0,001$ до $p<0,05$) среди 2 групп пациентов с ДЭ: по тяжести и длительности депрессивного эпизода, наличию вегетативных расстройств (в рамках реактивной лабильности, в ответ на незначительное физическое напряжение, перманентные/пароксизмальные неспровоцированные проявления вегетативных расстройств); характеру патологических телесных ощущений, сопутствующих пароксизмальных тревожных расстройств, уровню социального функционирования. Депрессивное расстройство с диагностически очерченным ГТР и длительностью тревожного расстройства не менее 6 месяцев характеризуется по сравнению с пациентами ДЭ без ГТР: большей тяжестью депрессии, длительностью текущего ДЭ, постоянным/периодическим неспровоцированным возникновением вегетативных расстройств, ПТС преимущественно в виде сенестопатий, коморбидными атипичными паническими атаками, значительным снижением социального функционирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С. Контролирование симптомов тревоги и лечение тревожно-фобических расстройств — альтернатива или нет? // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т.8. №5. — С.3-6.

2. Бобров А.С. Новая технология в оценке структуры депрессивного расстройства. // Актуальные проблемы клинической медицины. — Иркутск, 2004. — С. 94-95.

3. Бобров А.С. Эндогенная депрессия. — 2-е

изд., доп. и перераб. — Иркутск, 2010. — 370 с.

4. Бобров А.С., Магонова Е.Г., Татаринова О.К. Опыт применения афобазола при депрессивных и тревожных расстройствах в амбулаторной практике. // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: материалы российской конференции. — М., 2007. — С.374-375.

5. Краснов В.Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — №3. — С.33-38.

6. Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Шербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в журнал медико-биологической направленности в свете концепции «доказательной медицины». // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2008. — Т. 76. №1. — С. 5-8.

7. Чахава В.О., Лесс Ю.Э., Малыгин Я.В. Эффективность препарата рексетин у больных с генерализованным тревожным расстройством. // Русский медицинский журнал. — 2007. — Т.15, № 24. — С.1860-1866.

8. Ballenger J.C., Davidson J.R., Lecrubier Y., et al. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. // J. Clin. Psychiatry. — 2001. — №62. Suppl.11. — P.53-58.

9. Boulenger J.P., Capdevielle D. Pharmacological treatment of generalized anxiety disorders: rationale and limitations. // Encephale. — 2007. — №33(1). — P.84-94.

10. Breslau N. Естественное течение тревожных расстройств и их связь с депрессией. // Медикография. — 1998 — Т.20. — №2. — С.6-8.

11. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Walters E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. // Arch. Gen. Psychiatry. — 2005. — Vol.62. N6. — P.617-627.

12. Nutt D., Rickels K., Stein D.J. Generalized anxiety disorders: symptomatology, pathogenesis and management. — London: Martin Dunitz, 2002. — 204 p.

13. Trotter B., Kelsberg G., St Anna L., Lo V. How should we treat major depression combined with anxiety? // J. Fam. Pract. — 2007. — №56 (4) — P. 306-308.

14. van Praaq H.M. Депрессия, тревожные расстройства, агрессия: попытки распутать Gordiev узел. // Медикография. — 1998. — Т.20. — №2. — С.27-34.

15. Wittchen H.U., Kessler R.C., Pfister H., Lieb R. Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective longitudinal community study. // Acta Psyciatr. Scand. — 2000. — Vol. 102. — P.14-23.

Информация об авторе: 664079, Иркутск, м-н Юбилейный, д.100, ГОУ ДПО ИГМАПО, кафедра психиатрии, тел. (3952) 46-46-68. E-mail: Petrounko@mail.ru
Петрунко Ольга Вячеславна — доцент, к.м.н.

© ФИЛИППОВА Т.П., КОЧКИН А.В., НОВИЦКАЯ О.Н., КАНЯ О.В. — 2011
УДК 616.8-002.5:[616.98:578.828НIV]

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ БОЛЬНЫХ

Татьяна Павловна Филиппова¹, Александр Викторович Кочкин²,
Ольга Николаевна Новицкая³, Олег Витославович Каня⁴

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра фтизиопульмонологии, зав. — д.м.н. Т.П. Филиппова; ²Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, центральная научно-исследовательская лаборатория, зав. — к.м.н., доц. А.В. Стародубцев; ³ГУЗ «Иркутский областной противотуберкулезный диспансер», гл. врач — М.Е. Кошечев, ⁴ГУЗ «Иркутское областное патологоанатомическое бюро», начальник — к.м.н., доц. Л.П. Гришина)

Резюме. Проведен анализ анамнестических, клинико-рентгенологических и лабораторных данных, полученных у 192 ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом центральной нервной системы. Выявлены такие нетипичные проявления заболевания как укорочение или пролонгирование продромального периода, отсутствие симптомов раздражения мозговых оболочек (в 15,9% случаев) и поражения черепно-мозговых нервов (у 1/3 больных), а также — нехарактерный для туберкулезного менингита состав ликвора (высокий нейтрофильный плеоцитоз, отсутствие выпадения фибриновой пленки, крайне редкое обнаружение микобактерии туберкулеза). Выявленные клинико-лабораторные особенности способствуют позднему выявлению и, как следствие — высокой летальности больных этой группы, что свидетельствует о необходимости изыскания новых подходов к диагностике туберкулеза центральной нервной системы.

Ключевые слова: туберкулез центральной нервной системы, ВИЧ-инфекция, ликвор, диагностика.

THE FEATURES OF THE COURSE OF TUBERCULOSIS OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM IN HIV-POSITIVE PATIENTS

T.P. Filippova¹, A.V. Kochkin², O.N. Novitskaya³, O.V. Kanya⁴

(¹Irkutsk State Medical University; ²Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education; ³Irkutsk Regional TB Dispensary; ⁴Irkutsk Regional Pathological Postmortem Bureau)

Summary. There was performed the analysis of anamnestic, X-ray and laboratory data, received from 192 HIV-infected patients with TB of central nervous system. There were revealed such atypical disease manifestations as shortening or prolongation of prodromal stage, absence of brain tunic irritation (in 15.9% of cases) and cranial nerve lesion (in 1/3 of patients) symptoms and also a non-characteristic spinal fluid composition for TB meningitis (high neutrophilous pleocytosis, absence of fibrin prolapse, extremely rare detection of MTB). The detected clinical and laboratory features contribute to the late detection and as a result to high death rate of patients in this group, indicating the necessity to find the new approaches to the diagnostics of TB of central nervous system.

Key words: tuberculosis of central nervous system, HIV-infection, lethality.

Развитие туберкулеза на фоне прогрессирующего иммунодефицита, обусловленного ВИЧ-инфекцией, нередко проявляется в виде изолированного или сочетанного поражения центральной нервной системы (ЦНС) [1, 2]. За последние 5 лет, в связи с закономерным расширением группы больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции [3, 4], доля туберкулеза ЦНС среди других

внелёгочных локализаций заболевания в Иркутской области увеличилась почти в 4 раза — с 7,5 до 29,5% — и продолжает расти.

Особенности течения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза ЦНС до настоящего времени остаются малоизученными, что затрудняет диагностику заболевания, способствует позднему выявлению больных и резкому