

1. В исследуемой группе больных с туберозным склерозом отмечен ранний дебют заболевания ($1,2 \pm 0,31$ года), чаще с развития судорожного синдрома – 51%.

2. Поражения ЦНС являются доминирующими и наиболее тяжелыми в клинической картине: эпилепсия, задержка психо-речевого и статико-моторного развития, нарушения поведения.

3. Со стороны внутренних органов преобладали изменения сердца (рабдомиомы) – 42%, которые диагностированы преимущественно пренатально – 67%, что позволяет рекомендовать как основной вид профилактики болезни раннюю пренатальную диагностику, а также проведение медико-генетического консультирования в отягощенных семьях.

4. У трети больных – 36% отмечается полисистемное поражение, вовлечение в патологический процесс 3-х и более систем организма, у 87% - прогрессирующий характер, что свидетельствует о неблагоприятном медицинском и социальном прогнозе заболевания.

Литература:

1. Дорофеева М.Ю. Туберозный склероз // М.: Практическая медицина, 2012- 18-23с; 32-33с.

2. Дорофеева М.Ю. Рекомендации по диагностике и лечению Туберозного склероза/ М.Ю. Дорофеева Е.Д. Белоусова, А.М. Пирогова / Неврология и психиатрия. 2014. №2. 59 с.

УДК 616.8

С.С. Плаксина, М.В. Надеждина, В.К. Вереvщикoв
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С
РАЗНЫМИ СРОКАМИ ВЫЯВЛЕНИЯ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ

Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики

Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Россия

S.S. Plaksina, M.V. Nadezhdina, V.K.Verevshikov
NEUROPSYCHIATRIC FEATURES IN PATIENTS WITH DIFFERENT
TERMS OF IDENTIFICATION OF HIV – INFECTION

Department of nervous diseases, neurosurgery and medical genetics

Department of infectious diseases and clinical immunology

Ural State Medical University

Yekaterinburg, the Russia

E-mail: Snezzzha@list.ru

Аннотация. Проведено комплексное обследование пациентов с 4В-стадией ВИЧ-инфекции. Выявлены клинические и психоневрологические особенности у больных с разными сроками выявления 4В-стадии.

Annotation. A comprehensive examination of patients with a 4B-stage HIV infection was conducted. Revealed clinical and neuropsychiatric features in patients with different terms to identify HIV infection.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, психоневрологические особенности.

Keywords: HIV infection, neuropsychiatric features.

Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции продолжает оставаться напряженной. Общее число россиян, инфицированных ВИЧ, достигло 1 006 388 человек (по предварительным данным на 3.02.2016г.). Одну из лидирующих позиций занимает Свердловская область. Поражение нервной системы вызвано не только воздействием ретровируса, но и воздействием оппортунистических инфекций, а также антиретровирусных препаратов. Нарушение функций нервной системы при ВИЧ-инфекции наблюдается у 80-90% больных, и у 4-5% из них неврологическая симптоматика становится первым клиническим признаком манифестации болезни.[2] Однако особенности психоневрологических, вегетативных нарушений в поздней стадии ВИЧ-инфекции на фоне тяжелой иммуносупрессии изучены недостаточно.

Цель исследования – выявить психоневрологические особенности у больных с разными сроками выявления 4В стадии ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы исследования

Обследовано 20 больных (от 31 до 44 лет), из них 12 мужчин (60,0%) и 8 женщин (40,0%) с диагнозом ВИЧ-инфекция стадия 4В. Выделено 2 группы пациентов в зависимости от срока постановки 4В стадии ВИЧ-инфекции: I группу составили пациенты с впервые выявленной 4В стадией ВИЧ-инфекции или установленной в течение года, II – через $8,5 \pm 1,2$ лет после диагностики ВИЧ-инфекции. В контрольную группу вошли 10 больных, сопоставимых по полу и возрасту, без ВИЧ статуса, находящихся на лечении с диагнозом «пневмония». ВИЧ-инфицированные пациенты находились на лечении в инфекционном отделении ГКБ №40 по поводу оппортунистической инфекции с диагнозом «пневмония», у всех наблюдался выраженный кандидоз полости рта (больные принимали бисептол, цефтриаксон, амикацин, флуконазол). Клинико-неврологический метод включал изучение жалоб, анамнеза заболевания и жизни, неврологического статуса. Обращалось внимание на первые признаки заболевания, дату диагностирования ВИЧ-инфекции, проводимую терапию.

Оценка физического и психического компонентов психосоматического здоровья осуществлена при помощи Гиссенского опросника соматических жалоб. Суммарная оценка интенсивности эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического состояния определяла и психический статус личности.

Оценка вегетативного статуса пациентов проводилась по стандартизированной анкете балльной оценки вегетативных нарушений,

разработанной в отделе патологии вегетативной нервной системы ММА им. И.М. Сеченова. Сумма баллов менее 25 свидетельствовала об отсутствии синдрома вегетативной дистонии (СВД), от 25 до 32 – о слабо, более 32 – о сильно выраженном СВД.

Для изучения скрытого уровня тревоги, депрессии использовалась шкала Бека, согласно которой 10–18 баллов определяли легкую, 16–19 – умеренную, 20–29 – выраженную, более 30 баллов – тяжелую депрессию.

С целью выявления когнитивных нарушений использовались: краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) и тест «батарея лобной дисфункции» (FAB). Для диагностики внимания, эффективности работы, степени вработываемости, психической устойчивости использовались таблицы Шульте, которые предъявлялись 5 раз, а также методика «Счёт по Крепелину».

Проведен сравнительный анализ полученных результатов у пациентов I, II и контрольной групп. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Excel 2010. Степень достоверности определялась с помощью t-критерия Стьюдента, за статистически значимый уровень принимался уровень $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов обеих групп составил $36,4 \pm 3,6$ лет. Анализ социального статуса пациентов выявил: образование у всех исследуемых среднее и/или среднее специальное; среди пациентов I группы не работают 40,0%, а среди II группы – 20,0%; среди пациентов I группы женаты 10,0%, разведены 10,0% и 80,0% не вступали в брак, у 90,0% пациентов были несовершеннолетние дети, а среди больных II группа женаты 60,0%, разведены 10,0% и не вступали в брак 30,0%, у 60,0% пациентов были несовершеннолетние дети. Предполагаемый путь заражения ВИЧ-инфекцией следующий: у пациентов I группы парентеральный (в/в употребления наркотических средств) – у 60,0%, половой – у 30,0% и 10,0% пациентов – затруднились с ответом; II группы половой путь инфицирования – у 60,0%, парентеральный – у 20,0% и 20,0% больных затруднились с ответом. Средняя продолжительность приема наркотических средств у больных I и II групп составила $9,2 \pm 2,1$ и $9,3 \pm 2,8$ лет соответственно.

Обращало внимание преобладание парентерального пути заражения у пациентов с ранним выявлением 4В стадии ВИЧ инфекции. ВААРТ терапию принимали 60,0% пациентов обеих групп в течение $0,9 \pm 0,3$ лет, но все прервали ее получение самостоятельно по разным индивидуальным причинам.

Опрос пациентов с помощью Гиссенского опросника, показал большую выраженность «истощения» и «интенсивности жалоб» у ВИЧ инфицированных пациентов обеих групп по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы с преобладанием у пациентов II группы ($p < 0,05$) с поздним сроком (8,5 и более лет) выявления 4В стадии ВИЧ инфекции (табл. 1).

Таблица 1

Оценка физического и психического компонентов психосоматического
здоровья по Гиссенскому опроснику (в баллах)

Соматические жалобы	Группы ВИЧ пациентов		Контрольная группа (n=10)
	I (n=10)	II (n=10)	
Истощение	9,0±3,4*	11,75±2,3*◆	0,9±0,3
Желудочные жалобы	7,0±2,5	6,5±1,3	6,3±3,5
Ревматический фактор	9,3±0,7*	9,5±0,9*	5,4±1,3
Сердечные жалобы	6,7±0,6	6,8±0,5	7,3±1,2
Давление (интенсивность) жалоб	31,3±3,8*	39,3±2,3*◆	25,4±2,2

*- $p<0,05$ -достоверность различия показателей у пациентов обеих групп по сравнению с контрольными показателями; ◆- $p<0,05$ у пациентов I и II групп.

Сильно выраженный СВД наблюдался у 19 больных и проявлялся изменением цвета лица при любом волнении, снижением работоспособности, быстрой утомляемостью, эмоциональными нарушениями, плохой переносимостью погодных условий, а также болезненными спазмами пальцев рук, ног, икроножных мышц. Интенсивность вегетативных нарушений была в 1,5 раза выше у пациентов II группы ($p<0,05$).

При оценке уровня и степени депрессии по шкале Бека выявлено повышение уровня состояния депрессии у всех ВИЧ-инфицированных больных относительно контрольной группы пациентов и отмечено преобладание выраженной депрессии у пациентов I группы ($p<0,05$), а тяжелой депрессии у пациентов II группы ($p<0,05$) (табл. 2).

Когнитивные нарушения выявлены у 18 ВИЧ инфицированных больных, причем легкие когнитивные нарушения преобладали у пациентов I, а деменция легкой и средней степени - II группы ($p<0,05$). Признаки деменции с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур также были более выражены у пациентов II группы (табл. 2).

Полученные данные с помощью методик «Таблицы Шульте» и «Счет по Крепелину» свидетельствовали о низкой степени эффективности работы, медленной вработываемости, повышенной утомляемости у 50,0% пациентов обеих групп. «Истощающийся тип» внимания, характеризующийся постепенным увеличением числа ошибок, снижением продуктивности, выявлен у пациентов I и II групп в 50,0% и 70,0% наблюдений соответственно. Плохая концентрация внимания наблюдалась у 60,0% пациентов обеих групп (затраченное время превышало нормативное).

Таблица 2

Наличие депрессии, вегетативных и когнитивных нарушений у ВИЧ
инфицированных и пациентов контрольной группы

Показатели	Группы ВИЧ пациентов				Контрольная группа (n=10)	
	I (n=10)		II (n=10)			
	Степень Выраженности	абс.	%	абс.	%	абс.

Уровень депрессии по шкале Бека	Норма	1	10,0	1	10,0	7	70,0
	Легкая	2	20,0	3	30,0	2	20,0
	Умеренная	3	30,0	1	10,0	1	10,0
	Выраженная	3	30,0*◆	2	20,0*	-	-
	Тяжелая	1	10,0*	3	30,0*◆	-	-
Синдром вегетативной дистонии	Нет	1	-	-	-	2	20,0
	Слабо выражен	-	-	-	-	8	80,0
	Сильно выражен	9	90,0*	10	100,0*	-	-
Тест MMSE Когнитивные нарушения	Нет	1	10,0*	1	10,0*	10	100,0
	Легкие	9	90,0*◆	5	50,0*	-	-
Тест MMSE Деменция	легкой степени	-		2	20,0*◆	-	-
	средней степени	-		2	20,0*◆	-	-
Тест «Батарея лобной дисфункции»	Нормальная	2	20,0	5	50,0	9	90,0
	Умеренная	8	80,0*◆	2	20,0*	1	10,0
	Признаки деменции	-	-	3	30,0◆	-	-

*- $p < 0,05$ -достоверность различия показателей у пациентов обеих групп по сравнению с контрольными показателями; ◆- $p < 0,05$ у пациентов I и II групп.

Таким образом, проведенные комплексные исследования у пациентов с диагностированной 4В стадией ВИЧ инфекции выявили статистически достоверные отличия психоневрологических и вегетативных нарушений у всех ВИЧ инфицированных по сравнению с аналогичными нарушениями у пациентов контрольной группы и установлено преобладание степени когнитивных и вегетативных изменений у пациентов с более поздним выявлением 4В стадии ВИЧ инфекции после диагностики ВИЧ инфекции.

Отмечено, что 4В стадия ВИЧ-инфекции преимущественно проявляется через 10-12 лет с момента заражения, характеризуется развитием тяжелых, угрожающих жизни вторичных заболеваний, их генерализованным характером, а также поражением центральной нервной системы [1]. Вместе с тем смущает срок выявления 4В стадия ВИЧ-инфекции (до 1 года после диагностики ВИЧ инфекции) у 10 больных. Возможно на более ранний дебют этой стадии влияет путь заражения (преобладание парентерального пути заражения – в/в введение

наркотиков у пациентов I группы). Этим же можно объяснить наличие легких когнитивных нарушений и умеренной лобной дисфункции.

Выявленные когнитивные нарушения у пациентов обеих групп коррелируют с наличием умеренной и выраженной депрессии у пациентов I группы и с умеренно выраженной и тяжелой депрессией у больных II группы. Вместе с тем наличие депрессии отражается как на когнитивных нарушениях, так и на «истощающемся типе» внимания, выявленном у всех ВИЧ инфицированных пациентов по методикам Шульте и «Счет по Крепелину».

Выводы:

1. Социальный статус у пациентов обеих групп с 4В стадией ВИЧ инфекции не отличался. У пациентов с ранним сроком выявления 4В стадии ВИЧ инфекции среди факторов заражения преобладал парентеральный путь (в/в введение наркотиков), а с поздним сроком – половой путь заражения.

2. У всех пациентов с 4В стадией ВИЧ-инфекции был выявлен сильно выраженный синдром вегетативной дистонии с преобладанием интенсивности вегетативных нарушений у пациентов II группы. Уровень и интенсивность соматических жалоб, «истощение» также преобладали у больных II группы.

3. По шкале Бека у пациентов I группы преобладала выраженная ($p < 0,05$), а у пациентов II группы – тяжелая депрессия ($p < 0,05$).

4. Когнитивные нарушения установлены у всех больных с 4В стадией ВИЧ-инфекции, причем легкие когнитивные нарушения и умеренная лобная дисфункция преобладали у пациентов I, а деменция легкой и средней степени с преимущественным поражением лобных долей – II группы. «Истощающийся тип» внимания был выявлен у пациентов I и II групп в 50,0% и 70,0% наблюдений соответственно.

5. Нарастание психоневрологического дефицита с появлением когнитивных нарушений в молодом возрасте могут быть снованием для проведения диагностики ВИЧ инфекции.

Литература:

1. Зверев, В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД: клинические рекомендации/ В.В. Зверев, М.Н. Бойченко // Москва. Р.Валент, 2010. 260 с.

2. Рахманова, А.Г. ВИЧ-инфекция: клиника и лечение // СПб. Изд-во ССЗ. 2000. 370 с.

3. Райгородский, Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ». 1998. 672 с.

УДК 616.832

О.С. Покусаева, П.Г. Чусовитина, Е.Л. Турова
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У РЕБЕНКА

Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики
Уральский государственный медицинский университет