

*not significantly different in different groups of somatic comorbidity. At the stage of the relief of acute psychotic symptoms and the formation of remission quality of life is improving, but its dynamics is irregular in patients with different variants of somatic comorbidity. The worst quality of life at the stage of the relief of acute psychotic symptoms found in patients with comorbid somatic disorders that arose after the debut of schizophrenia, and at the stage of remission - in patients with comorbid somatic disorders, which appeared before the debut of schizophrenia. Patterns of dynamics of quality of life is the same with the patterns of dynamics of psychopathological symptoms, and the results of their research can be used for assessing of treatment and rehabilitation potential.*

**Key words:** schizophrenia, quality of life, comorbid somatic disorders.

Стаття надійшла до редакції 03.04.2014 р.

Марункевич Ярослава Юріївна - асистент кафедри психіатрії та наркології Вінницького медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 219-05-42; slavunchik87@mail.ru

© Незгода О.П., Андрушко С.В., Назаренко Є.В., Струц С.В., Недибалюк О.В.

**УДК:** [616.-002.5.+616.831.9-002]: 616.98:578.828. ВІЛ (477.44)

**Незгода О.П., Андрушко С.В., Назаренко Є.В., Струц С.В., Недибалюк О.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницьке обласне спеціалізоване територіальне медичне об'єднання (ВОСТМО) "Фтизіатрія" (с. Бохоники, Комплекс будівель і споруд, Вінницька обл., Україна, 23233)

## СОЦІАЛЬНІ ТА КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО МЕНІНГІТУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ МЕШКАНЦІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

**Резюме.** Вивчено динаміку захворюваності на туберкульозний менінгіт у ВІЛ-інфікованих мешканців Вінницької області за період 2002-2013 рр., проаналізовано соціальний статус, особливості клінічної симптоматики та наслідки захворювання. Встановлено, що переважна більшість хворих були чоловічої статі - 81,0%, непрацюючими - 73,0%; за професійним складом переважали робітники - 62,5%, в місцях позбавлення волі раніше знаходились 34,4% обстежених, зловживали алкоголем - 31,2% і у 53,1% відмічено вживання наркотиків. Найбільше зустрічався дисемінований туберкульоз - 43,7%. Початок хвороби частіше був підгострим (58,7%), симптоми інтоксикації визначаються в 2-3 рази частіше, виникають раніше і тривають понад 5 місяців з вираженими менінгеальними симптомами. Дані спинномозкової пункції є вагомим критерієм діагностики ТМ. Лікування хворих є низькоефективним.

**Ключові слова:** туберкульоз, менінгіт, ВІЛ-інфіковані.

### Вступ

Однією з головних причин епідемії туберкульозу є пандемія ВІЛ-інфекції. Фахівці центру з контролю за хворими в США вже в 1992 році визначили поєднання ураження населення на СНІД і туберкульоз як пандемію [Черенко, Александріна, 2004; Щелканова, Кравченко, 2004]. Звичайно туберкульоз діагностують у 10-15% ВІЛ-інфікованих. У країнах, що розвиваються, серед хворих на СНІД туберкульоз спостерігається у 40% випадків [Метод. реком. МОЗ України, 2005; Феценко, Мельник, 2007].

Останніми роками проблема туберкульозу та ВІЛ/СНІДу для мешканців України набула загрозливого статусу. В Україні одночасно розвиваються епідемії двох соціально небезпечних хвороб - туберкульозу і ВІЛ/СНІДу. В Україні зареєстровано майже 60 тис. ВІЛ-інфікованих. При такому епідеміологічному становищі очікується значне зростання захворюваності на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз [Процюк, 2007; Феценко, Мельник, 2007; Системний моніторинг..., 2008], крім того, існуюча система виявлення туберкульозу серед загальної популяції недостатньо ефективна для виявлення туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих осіб через атипичний перебіг поєданого захворювання [Щелканова, Кравченко, 2004; Бондаренко, Рузанов, 2008; Aerts, Jobim, 2004].

Туберкульозний менінгіт (ТМ) є однією з найважчих проявів туберкульозу у ВІЛ-інфікованих, досить часто призводить до глибокої інвалідизації та смерті. За даними літератури, розвивається ТМ у 12-16% хворих, а летальність складає 31-43% впродовж 4-6 місяців на фоні протитуберкульозної терапії, що проводилася цим хворим [Метод. реком. МОЗ України, 2005; Клінічний протокол..., 2006; Системний моніторинг..., 2008].

**Мета** дослідження - вивчити динаміку захворюваності на туберкульозний менінгіт та менінгоенцефаліт у ВІЛ-інфікованих мешканців Вінницької області за період 2002-2013 років, їх соціальний статус, особливості клінічної симптоматики та наслідки захворювання.

### Матеріали та методи

Проаналізовано історії хвороб 32 хворих на ТМ серед ВІЛ-інфікованих, що знаходились на лікуванні у Вінницькому обласному спеціалізованому територіальному медичному об'єднанні (ВОСТМО) "Фтизіатрія" з 2002 по 2013 роки. Аналіз історій хвороб усіх хворих включав клінічні, лабораторні та інструментальні дослідження, а також результати люмбальної пункції з дослідженням ліквору на мікобактерії туберкульозу, цитоз, білки, цукор, хлориди, окислюваність, визначення "павутинної плівки".

### Результати. Обговорення

Частота виникнення туберкульозного менінгіту у ВІЛ-інфікованих, що знаходилися в стаціонарі ВОСТМО "Фтизіатрія" в 2002 - 2007р. з різними формами туберкульозу становила 13,7%, в той час як в 2008 - 2013р. - 17,8% (рис. 1), що свідчить про несприятливу тенденцію в перебігу туберкульозу у ВІЛ-інфікованих хворих.

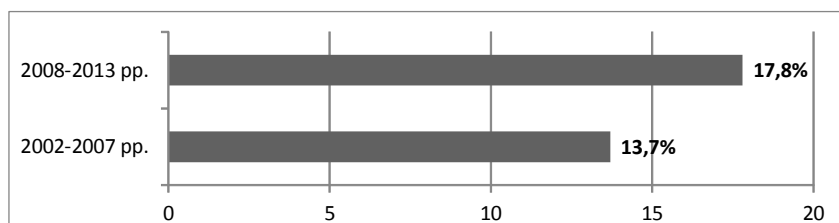


Рис. 1. Частота виникнення ТМ у ВІЛ-інфікованих, що знаходилися в стаціонарі ВОСТМО в 2002 - 2013 рр.

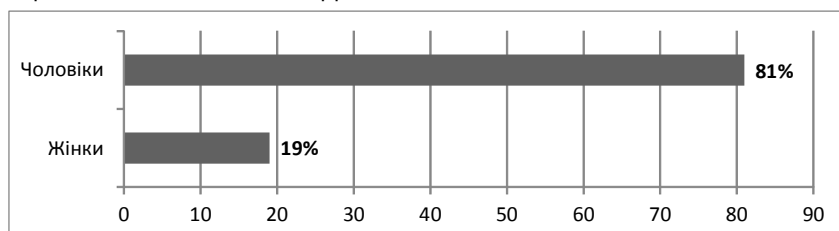


Рис. 2. Статевий розподіл ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульозний менінгіт.

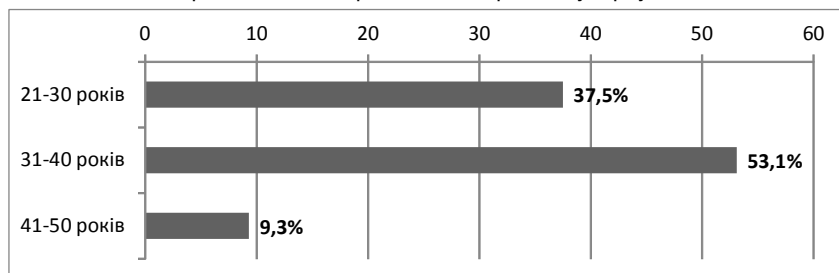


Рис. 3. Віковий розподіл хворих.

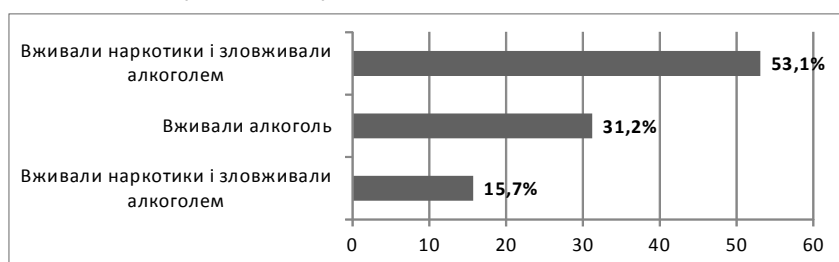


Рис. 4. Шкідливі звички хворих на ТМ у ВІЛ-інфікованих.

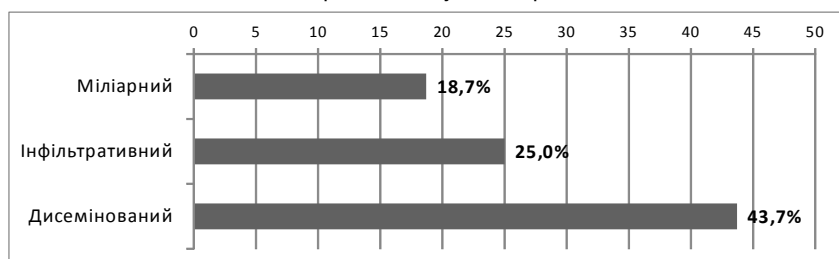


Рис. 5. Частота хворих на туберкульозний менінгіт за клінічними формами туберкульозу легень.

Аналіз історій хвороб осіб на ТМ в поєднанні з ВІЛ-інфекцією показав, що з 32 обстежуваних чоловіків було 26 (81,3%), жінок - 6 (18,7%) (рис. 2).

Всі відносились до працездатного віку: 21 - 30 р. - 37,5%; 31 - 40 р. - 53,1%; 41 - 50 р. - 9,3% (рис. 3).

Переважає більшість була непрацюючими - 73%; 8,4% - інваліди, працювали тільки 18,6%. За професійним складом переважають робітники - 62,5%; працівники сфери обслуговування - 25%; 12,5% - інженерно-технічні службовці.

У місцях позбавлення волі раніше знаходилися 34,4% обстежених. Зловживали алкоголем - 31,2%, у 53,1% відмічено вживання наркотиків, а 15,7% вживали наркотики та зловживали алкоголем (рис.4).

У всіх хворих з туберкульозним менінгітом була діагностована ВІЛ-інфекція в стадії вторинних захворювань, у 61,7% стадія 4В (СНІД). Тривалість хвороби складала від 1 до 10 років. За даними, що були в наявності, на обліку в центрі СНІДу з приводу ВІЛ-інфекції стояло 21 хворий (65,5%); 7 хворих (21,8%) були виявлені при госпіталізації. Антиретровірусну терапію регулярно отримували лише 28,1% пацієнтів (9 чоловік), нерегулярно - 59,4% (19 чоловік), 4 пацієнта (12,5%) від лікування відмовились.

Переважає більшість хворих на туберкульоз були вперше виявлені - 81,2%, з рецидивами - 18,7%, "хроніків" не було. У групі вперше виявлених хворих ТМ виник як перший прояв захворювання в 37,5%. В той же час у кожного 4 хворого (21,9%) його виникнення пов'язане з перервою в протитуберкульозній терапії, що проводилась у зв'язку з туберкульозним процесом іншої локалізації, а також у 40,6% як прояв прогресування процесу на фоні лікування туберкульозу, що вже проводилося. Лише у 18,7% пацієнтів ТМ був ізольований, у 81,2% враження було генералізованим. Найбільше зустрічався дисемінований туберкульоз - 43,7%, інфільтративний - 25,0%, міліарний - 18,7% (рис. 5).

Наслідки лікування: одужали всього лише 5 хворих (15,6%), 25 осіб (78%) померло, 2 залишаються під спостереженням. Переважає більшість хворих померло впродовж 1 місяця - 62,5%, в наступні 2-3 місяці ще 21,8%, через 4-6 місяці - 15,6%.

Ускладнення ТМ. Туберкульозний менингіт ускладнювався набряком головного мозку в 40,0%, паралічами і парезами - в 24,0%, судомним синдромом - 16,0%, гіпертензійно-гідроцефалічним синдромом і частковою атрофією зорового нерву - 8,0%.

Початок хвороби частіше був підгострим - 58,7%; в 26,9% випадків - гострим; в 14,4% - поступовим. У ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД симптоми інтоксикації визначаються в 2-3 рази частіше, виникають раніше і тривають понад 5 місяців. Менингеальний синдром відзначався в більшості хворих: у 90,6% виявлена ригідність потиличних м'язів, в 96,9% - симптом Керніга, в 12,5% - симптоми Брудзинського, 43,75% випадків відсутні черевні рефлексії. Патологічні знаки спостерігалися в 26,5% випадків, прояв менингоенцефаліту мав місце в 52,0 %.

Дослідження спинномозкової рідини показало, що ліквор був прозорим (75%), а у решти хворих - мутним (25%). По клітинному складу ліквор частіше всього був лімфоцитарно-нейтрофіліїм - 43,75%. Кількість білка варіювала в широкому діапазоні від дуже низьких до дуже високих значень: до 1,0 г/л - 62,5%, а максимальна становила 16,0 г/л. Кількість клітин варіювала від 40 (мінімальна кількість) до 200 (максимальна кількість). Глюкоза була знижена в 75% випадків. Зниження хлоридів спостерігалося в 84,4%. Достатньо часто при лікворологічному дослідженні випадала "плівка" - в 71,9% випадків. Збудник туберкульозу виявлено в лікворі різними методами (бактеріоскопія, або посів) у 21,9% випадків.

### Список літератури

Бондаренко В. Н. Клиническое течение туберкулезного менингита у ВИЧ-инфицированных больных / В. Н. Бондаренко, Д. Ю. Рузанов // Український пульмонологічний журнал. - 2008. - № 4. - С. 21 - 24.

Виявлення ВІЛ/СНІД - асоційованого туберкульозу та диспансерне спостереження за хворими. Методичні рекомендації МОЗ України. - Київ, 2005. - 21 с.

Клінічний протокол з лікування опортуністичних інфекцій та ВІЛ-асоційованих захворювань у ВІЛ інфікованих і дітей, хворих на СНІД /

Міністерство охорони здоров'я України. - Київ, 2006.

Процюк Р. Г. Особливості перебігу туберкульозу легень у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД / Р. Г. Процюк // Український пульмонологічний журнал. - 2007. - № 4. - С. 9 - 12.

Системний моніторинг як інструмент для своєчасного і тривалого лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. - Київ, 27.05.2008 р.

Фещенко Ю. І. Сучасна стратегія боротьби з туберкульозом в Україні / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. - Київ, 2007. - 245 с.

Черенько С. О. Епідеміологічний нагляд за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом / С. О. Черенько, Т. А. Александріна // Укр. мед. часопис. - 2004. - № 7 - 8. - С. 36 - 40.

Щелканова А. І. Особенности течения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией / А. И. Щелканова, А. В. Кравченко // Тер. архив. - 2004. - № 4. - С. 20 - 25.

Aerts D. The Epidemiological Profile of Tuberculosis in Southern Brasil in Times of AIDS / D. Aerts, R. Jobim // Int. J. Tubercle and Lung Disease. - 2004. - Vol. 8, № 6. - P. 785 - 791.

### Незгода А.П., Андрушко С.В., Назаренко Е.В., Струц С.В., Недьбалюк Е.В. СОЦІАЛЬНІ І КЛІНІЧЕСЬКІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТУБЕРКУЛІЗНОГО МЕНИНГІТУ У ВИЧ-ІНФІЦІОВАНИХ ЖИТЕЛІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

**Резюме.** *Изучено динаміку захворюваності на туберкульозний менингіт у ВИЧ-інфікованих жителів Вінницької області за період 2002-2013 гг., проаналізовано соціальний статус, особливості клінічної симптоматики і послідовності захворювання. Установлено, що переважають більшість хворих були чоловічої статі - 81,0%, нероботуючими були 73,0%; по професійному складу переобладали працівники - 62,5%, в місцях позбавлення свободи раніше перебували 34,4% обстежених, зловживали алкоголем - 31,2% і у 53,3% відмічено вживання наркотиків. Найбільше зустрічався дисемінований туберкульоз - 43,7%. Початок хвороби частіше було підгострим (58,7%), симптоми інтоксикації визначаються в 2-3 рази частіше, виникають раніше і тривають понад 5 місяців з вираженими менингеальними симптомами. Дані спинномозкової пункції - важливий критерій діагностики ТМ. Лікування хворих є низькоєфективним.*

**Ключевые слова:** туберкульоз, менингіт, ВИЧ-інфіковані.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. В Україні проблема туберкульозу як СНІД-індукованої хвороби зростає з кожним роком.
  2. Туберкульозний менингіт у ВІЛ-інфікованих виникає переважно в осіб чоловічої статі (81%), працездатного віку, безробітних - 73%, в основному в нарко- та алкозалежних.
  3. Туберкульозний менингіт виникає переважно в осіб з дисемінованим туберкульозом легень, мав тенденцію до генералізованого ураження мозкових оболонок.
  4. Туберкульозний менингіт виникає у осіб, які нерегулярно отримували антиретровірусну терапію або взагалі відмовилися від неї;
  5. Туберкульозний менингіт у ВІЛ-інфікованих характеризується підгострим перебігом, тривалою інтоксикацією та вираженими менингеальними симптомами.
  6. Дані спинномозкової пункції (прозорий ліквор, лімфоцитарно-нейтрофілії, плеоцитоз, зниження глюкози, зниження хлоридів) є вагомим критерієм діагностики туберкульозного менингіту.
  7. Лікування хворих є низькоєфективним, як наслідок цього летальність висока - 78%.
- Стан діагностики та лікування туберкульозного менингіту у ВІЛ-інфікованих потребує подальшого вивчення та впровадження нових схем лікування для зменшення летальності хворих і покращання прогнозу.

*Nezgoda O.P., Andrushko S.V., Nazarenko E.V., Struts S.V., Nedybaliuk O.V.*

**SOCIAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF TUBERCULOUS MENINGITIS IN HIV-INFECTED PERSONS OF VINNITSA REGION**

**Summary.** *The dynamics of the incidence of tuberculous meningitis was investigated in HIV-infected residents of Vinnitsa region for the period 2002-2013, social status, clinical symptoms, and consequences of the disease were analyzed. It was established that the vast majority of patients were males - 81,0%, unemployed - 73,0%; composition dominated by professional workers - 62,5%, in prisons were still 34,4% of the patients, alcohol abuse - 31,2% and 53,1% observed drug use. Most was determined disseminated tuberculosis - 43,7%. Onset of disease was often subacute (58,7%), symptoms of intoxication are defined in 2-3 times more likely occur earlier and last for more than 5 months of severe meningeal symptoms. These spinal puncture is an important criteria for the diagnosis of TM. Treatment is inefficient.*

**Key words:** *tuberculosis, meningitis, HIV-infected.*

Стаття надійшла до редакції 09.04.2014 р.

*Незгода Олександр Петрович* - к. мед. н., доц. кафедри фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 914-33-30

*Андрушко Світлана Володимирівна* - лікар, заступник гол. лікаря з медичної частини Вінницького обласного спеціалізованого територіального медичного об'єднання (ВОСТМО) "Фтизіатрія"; +38 097 448-11-44

*Назаренко Євген Володимирович* - лікар, зав. відділенням позалегенових форм туберкульозу Вінницького обласного спеціалізованого територіального медичного об'єднання (ВОСТМО) "Фтизіатрія"; +38 096 847-55-01

*Струц Станіслав Володимирович* - студент IV курсу Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 098 933-95-83

*Недибалюк Олена Володимирівна* - студентка IV курсу Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 098 726-82-39

---

© Кулигіна В.М., Стремчук М.В.

УДК: 616. 317-002-08-053.3: 616-084

**Кулигіна В.М., Стремчук М.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра терапевтичної стоматології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Хмельницька міська об'єднана стоматологічна поліклініка (вул. Прибузька, 18, м. Хмельницький, Україна, 29001)

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ХЕЙЛІТ, ТА ЇХНІХ РОДИН

**Резюме.** *Проведена індексна оцінка якості життя 61 дитини, хворої на atopічний хейліт різного ступеня важкості, у т. ч. 19 дітей з ізольованою формою і 42 дитини із симптоматичним хейлітом на фоні atopічного дерматиту. За однакової важкості клінічного перебігу хейліт на фоні atopічного дерматиту викликає більш виражене погіршення якості життя у дітей та їхніх родин, ніж ізольована форма захворювання. У структурі впливу ізольованої форми atopічного хейліту на окремі сфери життя дітей переважали порушення самопочуття, найменший вплив було виявлено на побут і дозвілля пацієнтів, а також на процес їхнього лікування. При хейліті на фоні atopічного дерматиту найбільше страждали самопочуття, а також побут і дозвілля дитини, найменше захворювання впливало на процес лікування та взаємовідносини з іншими дітьми. Найбільш значимою проблемою для батьків хворих дітей було збільшення витрат на лікування, найменший вплив atopічний хейліт мав на взаємовідносини у родині та роботу батьків.*

**Ключові слова:** *атопічний хейліт, якість життя, індексна оцінка, діти різного віку, дерматологічні опитувальники, IDQOL, CDLQI, FDLQI.*

### Вступ

У сучасній медичній практиці все більшої зацікавленості набуває проблема оцінки якості життя хворої людини. Адже саме цей показник є найбільш об'єктивною характеристикою впливу захворювання на стан пацієнта та різні аспекти його діяльності [Ткаченко, 2013]. Слід визнати, що переважна більшість лікарів при виборі тактики лікування чи оцінки його ефективності не беруть до уваги психологічний стан хворого, а лише дані клінічного та лабораторного обстеження. Разом з тим досить часто порушення емоційного чи соціального характеру, викликані захворюванням, не дозволяють пацієнту почувати себе повноцінною і здоровою особистістю навіть за умов клінічного одужан-

ня. Це спричиняє незадоволення його результатами лікування, незважаючи на бездоганно проведену терапію та позитивну динаміку. Така невідповідність між об'єктивним і суб'єктивним сприйняттям перебігу захворювання створює передумови для зниження комплаєнсу хворих і навіть відмови їх від подальшого лікування. А тому тільки безпосередня участь пацієнта в оцінці свого стану та активне залучення його таким чином до співпраці дозволить лікарю мати чітке уявлення про ступінь задоволення хворого різними сферами життя, пов'язаними із симптомами хвороби [Ягенський зі співавт., 2007].

Особливо актуальною є проблема оцінки якості