

# ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА УРАЖЕНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПРИ ВІЛ – ІНФЕКЦІЇ

О.П. Панченко, О.В. Псарьова

Сумський обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом

Кардинально змінився погляд світової громадськості на проблему епідемії ВІЛ/СНІДу: остаточно визнане переважне, порівняно з медико-біологічними аспектами, значення політико-соціальних факторів у розповсюдженні ВІЛ-інфекції. Невипадково темпи розвитку епідемії ВІЛ-інфекції випереджають заходи медичної, санітарно-епідеміологічної та інших державних служб по її попередженню. Від ранньої первинної клінічної діагностики залежить якість надання медичної допомоги та подальша доля пацієнта.

До 90 % летальних випадків при ВІЛ-інфікуванні прямо та опосередковано обумовлені опортуністичними інфекціями, що підкреслює важливу роль в їх профілактиці та лікуванні. Важкою задачею в теперішній час залишається диференційна діагностика уражень нервової системи при таких захворюваннях, як туберкульоз, токсоплазмоз, цитомегаловірусна інфекція, лімфома головного мозку, криптококоз, деменція, прогресуюча поліфокальна лейкомаляція (ППЛ) у ВІЛ-інфікованих.

Позалегенові локалізації туберкульозу найчастіше зустрічаються серед ВІЛ-інфікованих та корелюють з рівнем імуносупресії і складають 20 % всіх туберкульозних інфекцій. Частота туберкульозних менінгітів (ТМ) досягає 10% від усіх випадків захворювання туберкульозом ВІЛ-позитивних. ТМ складає безпосередню загрозу життю хворих (летальність порядку 40 %), але своєчасна діагностика є вирішальним фактором прогнозу перебігу хвороби. Клінічні прояви менінгіту виражаються лихоманкою, головним болем, головним болем, менінгеальними симптоми, вогнищевою неврологічною симптоматикою, порушенням свідомості. Аналогічні прояви спостерігаються при менінгіті не туберкульозного генезу та достеменно не різняться в групах ВІЛ-позитивних і ВІЛ-негативних людей. Генералізований туберкульоз з позалегеновою локалізацією, в тому числі оболонки головного мозку, що виник у ВІЛ-позитивної особи, вважається проявами 4-ої клінічної стадії хвороби.

Причиною прогресування туберкульозу з проявами генералізації та ураженням головного мозку у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією вважається широке розповсюдження штамів мікобактерій, стійких до протитуберкульозних препаратів та наділених високою вірулентністю. У лікворограмі при ТМ визначається підвищений вміст білку, зниження рівня цукру, збільшення цитозу, переважно за рахунок лімфоцитів. У мазку на кислотостійкі бактерії збудник виявляється тільки у 20 % випадків. На комп'ютерній томограмі – вогнища в речовині головного мозку виявляються у 50-70 % хворих.

Токсоплазмоз у ВІЛ-інфікованих зазвичай виникає внаслідок реактивації латентної інфекції. При СНІДі токсоплазмоз частіше всього проявляється енцефалітом, для якого характерна дифузна чи вогнищева неврологічна симптоматика: лихоманка, головний біль, порушення свідомості, епілептичні напади. На комп'ютерній томограмі головного мозку - множинні абсцеси з кільцевидним затемненням. Дослідження спинномозкової рідини виявляє неспецифічні зміни. Можливі позамозкові прояви токсоплазмозної інфекції, наприклад хоріоретиніт, перитоніт, пневмонія, лімфаденіт. Діагноз токсоплазмозу можна поставити лише при виявленні токсоплазм у біоптаті ураженої тканини. Серологічна діагностика токсоплазмозу при СНІДі ускладнена, оскільки підвищення рівня IgM до збудника вдається виявити рідко, а в 15 % ВІЛ-інфікованих відсутні і IgG.

Серед варіантів цитомегаловірусного ураження нервової системи слід відмітити нейропатію, полірадикулопатію, енцефаліт, який супроводжується характерними змінами на очному дні у вигляді ретиніту. Полірадикулопатія проявляється висхідним паралічем та порушенням функції тазових органів. У спинномозковій рідині виявляється велика кількість нейтрофілів, що вимагає проводити диференційну діагностику з бактеріальним менінгітом. Діагноз цитомегаловірусної інфекції встановлюють на підставі клінічної картини, виділення вірусу в культурі клітин або його виявлення імунохімічними методами.

Менінгіт – найчастіший прояв криптококової інфекції у ВІЛ-інфікованих. Для криптококового менінгіту характерні головний біль, лихоманка, порушення свідомості, рідко – епілептичні припадки та кома. Діагноз криптококового менінгіту підтверджують шляхом виявлення збудника у спинномозковій рідині.

Первинна лімфома центральної нервової системи виникає в 2-4 % пацієнтів зі СНІДом та рівнем CD4 лімфоцитів < 100 клітин. Клінічно проявляється порушенням свідомості, втратою пам'яті, геміпарезом або афазією, судомами, паралічем черепно-мозкових нервів, головним болем, лихоманка не характерна.. Лабораторно: незначний лімфоцитарний плеоцитоз (< 30 клітин/мл) та підвищення білка, позитивна цитологія в 15 % (як і при метастазах лімфом).

ППЛ – характеризується відсутністю лихоманки та головного болю, розладом мови, порушенням зору, розладом рухової сфери, порушенням функції черепно-мозкових нервів. На пізніх стадіях зниження когнітивної функції. На комп'ютерній томограмі ураження білої речовини у вигляді вогнищ низької густини, які не посилюються контрастом, немає мас-ефекту або перифокального набряку.

Деменція прогресує в середньому до 6 місяців у нелікованих. Характеризується апатією та психомоторною затримкою, втратою пам'яті, поганою орієнтацією, порушенням ходи, руховими порушеннями, тремором, гіперрефлексією, гіпертонусом. На комп'ютерній томограмі - збільшення шлуночків та підвищена інтенсивність сигналу в підкорковій білій речовині обох лобних часток.

Висновок: своєчасна діагностика ВІЛ-інфекції та опортуністичних інфекцій, адекватна профілактика і лікування дозволяє попередити смертність та покращити якість життя ВІЛ-позитивних людей.