

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ПЕРИТОНИТ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Масляков В.В.*^{2,3}, Горбелик В.Р.^{1,3},
Арсентьев О.В.¹, Поликарпов Д.А.¹,
Чуманов А.Ю.¹, Козвонин Д.А.¹¹ ФГКУ «428 военный госпиталь», Саратов² ФГБУ ВО «Саратовский государственный
медицинский университет
им. В.И. Разумовского», Саратов³ Частное учреждение образовательная
организация высшего образования
«Медицинский университет «Реавиз», Саратов

DOI: 10.25881/20728255_2025_20_3_160

Резюме. Обоснование исследования. Туберкулезный перитонит относится к достаточно редкой патологии. Данное заболевание является осложнением при специфическом поражении лимфатических узлов брюшной полости, кишечника, половых органов, позвоночника, распространяясь контактным путем.

Цель исследования. Представить клиническое наблюдение пациента с туберкулезным перитонитом, развившимся на фоне инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека.

Методы. Представлено клиническое наблюдение пациента, оперированного по поводу туберкулезного перитонита, развившегося на фоне инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека, особенности диагностики, течения заболевания.

Результаты. Представлен результат успешного лечения туберкулезного перитонита, развившегося на фоне инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека, в результате, после диагностической лапароскопии была выполнена резекция 20 см подвздошной кишки с анастомозом «конец-в-конец», санация, дренирование брюшной полости. Послеоперационное течение без осложнений, швы сняты на 12-е сутки.

Ключевые слова: вирус иммунодефицита человека, перитонит, туберкулез брюшины.

TUBERCULOUS PERITONITIS ON THE BACKGROUND OF HIV INFECTION

Maslyakov V.V.*^{2,3}, Gorbelik V.R.^{1,3}, Arsentiev O.V.¹, Polikarpov D.A.¹, Chumanov A.Yu.¹, Kozvonin D.A.¹¹ 428 Military Hospital, Saratov² Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov³ Private institution educational organization of higher education "Medical University «Reaviz», Saratov

Abstract. Justification of the study. Tuberculous peritonitis is a fairly rare pathology. This disease is a complication caused by a specific lesion of the lymph nodes of the abdominal cavity, intestines, genitals, and spine, spreading through contact.

The purpose of the study. To present a clinical case of a patient with tuberculous peritonitis who developed against the background of infection caused by the human immunodeficiency virus.

Methods. The article presents a clinical case of a patient operated on for tuberculous peritonitis that developed against the background of infection caused by the human immunodeficiency virus, diagnostic features, and the course of the disease.

Results. The result of successful treatment of tuberculous peritonitis, which developed against the background of infection caused by the human immunodeficiency virus, is presented. As a result, after diagnostic laparoscopy, resection of 20 cm of the ileum with end-to-end anastomosis, sanitation, and drainage of the abdominal cavity were performed. The postoperative course was uncomplicated, the sutures were removed on the 12th day.

Keywords: human immunodeficiency virus, peritonitis, peritoneal tuberculosis.

Туберкулёзный перитонит (ТП) нельзя назвать часто встречающимся заболеванием. Согласно данным, представленным в литературе, на сегодняшний день в мире туберкулезом инфицировано около 2 млрд. человек. В РФ заболеваемость туберкулезом повысилась в 2,4 раза, смертность – в 2,3 раза [1–4]. Появились формы инфекции с множественной лекарственной устойчивостью и сочетанных с инфекцией вируса иммунодефицита (ВИЧ). В 2012 г. число случаев заболеваний активным туберкулезом снизилось на 5%, а болезнью, вызванной ВИЧ, увеличилось на 12,5%. Пандемия ВИЧ-инфекции, широкое применение иммуносупрессивных препаратов, развитие широкой и множественной лекарственной устойчивости возбудителя привело к увеличению доли случаев абдоминального туберкулеза в общей структуре заболеваемости. В последние годы заболеваемость на 100 тыс. чело-

век имеет тенденцию к снижению, но остается на высоком уровне. Особенно много случаев заболевания активным туберкулезом регистрируется среди мужчин молодого и среднего возраст [5]. Туберкулезный перитонит (туберкулез брюшины) относят преимущественно к первичной туберкулезной инфекции как следствие лимфогематогенного распространения процесса или он является осложнением при специфическом поражении лимфатических узлов брюшной полости, кишечника, половых органов, позвоночника, распространяясь контактным путем. Особенно тяжелый перитонит развивается при прободении туберкулезной язвы кишечника в брюшную полость или прорыве казеозных лимфатических узлов брыжейки. В период вторичного туберкулеза распространение процесса из мезентериальных узлов, кишечника и половых органов чаще приводит к развитию сухой формы

перитонита с поражением ограниченных участков брюшины [1]. Зачастую клинические симптомы данного заболевания смазаны, что вызывает определенные трудности с диагностикой и определением тактики. В связи с этим, на наш взгляд, вызывает определенный интерес клинический случай.

Пациент М., 1973 г.р. поступил в хирургическое отделение ФГКУ «428 ВГ» Минобороны России с жалобами на выраженную слабость, утомляемость при незначительной физической нагрузке, периодический кашель, периодические боли в животе, нестабильный стул.

Данные объективного исследования: Рост – 172 см, масса тела – 70 кг. Удовлетворительного питания. ИМТ 23,7. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Щитовидная железа не увеличена. Пальпируются увеличенные до 1,0 см. заднешейные, углочелюстные и паховые лимфоузлы, мягко эластичной конси-

* e-mail: maslyakov@inbox.ru

стенции, безболезненные. Ось позвоночника не изменена. Движения в суставах и позвоночнике в полном объеме. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 65 в минуту, ритмичный. АД 120 и 80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка перкуторно в пределах нормы.

Результаты диагностических исследований: антитела к ВИЧ-инфекции (суммарные) от 15.01.2024 г.: положит. Иммунограмма от 24.01.2024 г.: CD4 – 99 кл/мл, тест на ДНК микобактерий туберкулеза отрицательный. Исследование мокроты от 27.12.2023 г., 28.12.2023 г., 29.12.2023 г.: эпиг. плоский – неб. кол-во, лей – 5–6 в п.зр., туб. бациллы (БК) – не обнаружены. КТ ОГК от 26.12.2023 г.: в паренхиме S1-S2 правого легкого неправильно округлой формы инфильтрат 39 × 38 × 39 мм с выраженной периферической лучистостью, в близ лежащей легочной ткани единичные очаги диаметром от 2 мм до 7 мм; определяется связь с висцеральной плеврой; инфильтративная «дорожка» к правому корню; воздушность легочной ткани верхних долей повышена за счёт множественных разнокалиберных воздушных полостей с тонкими стенками диаметром до 10 мм. Трахея и главные бронхи проходимы, контуры долевых и сегментарных бронхов не изменены; единичные бифуркационные лимфоузлы увеличены до 12 мм; сердце, аорта не изменены. Заключение: КТ-признаки более характерные для инфильтративного туберкулеза верхней доли правого легкого, лимфаденопатии средостения, парасептальной эмфиземы верхних долей легких. УЗИ органов брюшной полости, почек от 27.12.2023 г.: без патологических изменений. УЗИ подчелюстных, заднешейных и паховых лимфоузлов от 01.02.2024 г.: размеры узлов варьируют от 8 × 4 мм до 18 × 6 мм. Заключение: эхо-признаки лимфаденопатии с двух сторон по задней поверхности шеи, подчелюстной и паховой области.

Анамнез: в октябре 2023 г. стал отмечать периодический кашель, повышение температуры тела, за медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно. 07.12.2023 г. в связи с появлением болей в животе и сохраняющемся субфебрилитетом госпитализирован в ФГКУ «428 ВГ» Минобороны России, где заподозрен инфильтративный туберкулез легких и аппендикулярный инфильтрат. При дальнейшем обследовании выявлены изменения в легких, характерные для инфильтративного туберкулеза. В связи с периодическими болями в животе продолжалась консервативная терапия и динамическое наблюдение в условиях хирургического отделения. 03.01.2024 г. в связи с усилением болей в животе, появлением перитонеальных симптомов, пациенту выполнена диагностическая лапароскопия, при которой диагностирован инфильтрат подвздошной кишки с перфорацией, гнойно-фибринозный не ограниченный перитонит. Выполнена лапаротомия, резекция 20 см подвздошной кишки с анастомозом «конец-в-конец», санация, дренирование брюшной полости. Послеоперационное течение без осложнений, швы сняты на 12-е сутки. Заживление первичным натяжением.

Гистологическое заключение от 16.01.2024 г.: морфологическая картина специфического гранулематозного воспаления, больше данных за туберкулез. Сформулирован диагноз: Генерализованный туберкулез. Инфильтративный туберкулез первого, второго сегментов правого легкого в фазе распада и обсеменения. Туберкулез кишечника без бактериовыделения. При обследовании 15.01.2024 г. выявлены положительные антитела к ВИЧ-инфекции (суммарные). Консультирован в ГУЗ «Центр-СПИД» Саратовской области. Выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, стадия 4Б, вторичных заболеваний, фаза прогрессирования без антиретровирусной терапии. Дополнительно из анамнеза выяснено, что ВИЧ-инфекция выявлена в 2018 г. и паци-

ент состоит на диспансерном учете. Антиретровирусная терапия не проводилась. Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление послеоперационной раны per grima, выписан на амбулаторное долечивание.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Кононенко В.Г., Шкурупий В.А. Эпидемиология туберкулеза легких и парентеральная химиотерапия. – Новосибирск, 2002. – 164 с. [Kononenko VG, Shkurupiy VA. Epidemiology of pulmonary tuberculosis and parenteral chemotherapy therapy. Novosibirsk, 2002. 164 p. (In Russ.)]
2. Краснов В.А. О состоянии заболеваемости и противотуберкулезной помощи населению Сибирского федерального округа // Вестник межрегиональной ассоциации «Здравоохранение Сибири». – 2002. – №4. – С. 82–83 [Krasnov VA. On the state of morbidity and tuberculosis care for the population of the Siberian Federal District. Bulletin of the interregional Association "Healthcare of Siberia". 2002; 4: 82–83. (In Russ.)]
3. Онищенко Г.Г. Эпидемиологическая ситуация в Российской Федерации и меры по ее стабилизации // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2003. – №11. – С. 4–9 [Onishchenko GG. The epidemiological situation in the Russian Federation and measures to stabilize it. Problems of tuberculosis and lung diseases. 2003; 11: 4–9. (In Russ.)]
4. Хегай Л.Н. Патоморфологическая оценка динамики туберкулеза в Ташкенте // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2004. – №9. – С. 16–17. [Hegai LN. Pathomorphological assessment of tuberculosis dynamics in Tashkent. Problems of tuberculosis and lung diseases. 2004; 9: 16–17. (In Russ.)]
5. Чикаев В.Ф., Бондарев Ю.В., Зиятдинов К.М., Петухов Д.М. Особенности диагностики и лечения туберкулезного перитонита // Практическая медицина. – 2014. – Т. 2. – №4. – С. 156–159. [Chikaev VF, Bondarev YuV, Ziyatdinov KM, Petukhov DM. Features of diagnosis and treatment of tuberculous peritonitis. Practical medicine. 2014; 2(4): 156–159. (In Russ.)]