

предъявляет требования к обязательному использованию в образовательном процессе новых технологий электронного и дистанционного обучения врачей. При этом в процессе подготовки фтизиатров в трех федеральных округах недостаточно используются инновационные образовательные ресурсы профессиональной подготовки и перепод-

готовки специалиста, что является основой расширения спектра уже используемых технологий и активизации работы по созданию и внедрению новых электронных средств обучения.

Паролина Любовь Евгеньевна

(Lyubov E. Parolina)

E-mail: ParolinaLE@nmrc.ru



DOI 10.21292/2075-1230-2019-97-5-77-78

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА БРЮШИНЫ

Плоткин Д. В.^{1,2}, Решетников М. Н.¹, Синицын М. В.¹, Грицкова И. В.²

¹ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, РФ

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, РФ

INTEGRAL DIAGNOSTICS OF ABDOMEN TUBERCULOSIS

Plotkin D. V.^{1,2}, Reshetnikov M. N.¹, Sinitsyn M. V.¹, Gritskova I. V.²

¹Moscow Municipal Scientific Practical Center of Tuberculosis Control, Health Department of Moscow, Moscow, Russia

²Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Абдоминальный туберкулез, в том числе с поражением брюшины, является одним из наиболее распространенных внелегочных вариантов туберкулезной инфекции. Рост миграции населения, использование иммуносупрессивной терапии и эпидемия ВИЧ-инфекции способствовали возрождению этого заболевания в регионах, где ранее оно уже переставало выявляться. Туберкулезный перитонит может стать причиной осложнений у пациентов с асцитическим синдромом при почечно-печеночной и сердечной недостаточности, туберкулезом легких и других внеторакальных локализаций. Однако диагностика этого заболевания по-прежнему сопряжена с трудностями из-за его стертого характера, вариативности проявлений и ограниченности имеющихся диагностических тестов.

Цель исследования: изучение диагностических возможностей при туберкулезе брюшины и определение оптимальной последовательности диагностического поиска.

Материалы и методы. В период с 2010 по 2018 г. в туберкулезном хирургическом отделении клиники № 2 МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗ г. Москвы были обследованы и оперированы 56 пациентов с туберкулезным перитонитом. В комплекс обследования пациентов включали лучевую диагностику (компьютерная томография – КТ, ультразвуковое исследование – УЗИ) брюшной полости и грудной клетки, диагностическую видеолапароскопию, морфологические, молекулярно-генетические и бактериологические методы исследования биопсийного

материала. Все пациенты оперированы по экстренным показаниям в связи с развившимся болевым абдоминальным синдромом, явлениями перитонита или частичной тонкокишечной непроходимости. Оперативные вмешательства были следующими: срединная лапаротомия – у 17 (30,4%) пациентов, видеолапароскопическая санация брюшной полости – у 39 (69,6%), из них в 8 случаях объем оперативных пособий был расширен за счет выполнения адгезиолизиса.

Результаты. Использованные лучевые методы диагностики (КТ и УЗИ) имели достаточно высокую диагностическую значимость и были информативными у 2/3 обследованных пациентов. При туберкулезном перитоните у 38 (67,9%) пациентов определялась свободная жидкость с высокой КТ-плотностью экссудата (от +20 до +45НУ). В 49 (87,5%) наблюдениях отмечались утолщение и гиперваскуляризация листков брюшины, иногда с мелкими очаговыми уплотнениями. Такие изменения при КТ крайне сложно дифференцировать с карциноматозом брюшины. В 8 (14,3%) случаях в брюшной полости визуализировался массивный спаечный процесс, в который вовлекались париетальная брюшина и большой сальник, формируя плотные околокишечные капсулы с небольшими содержащими жидкость полостями, отмечалось повышение плотности брыжеечного жира («мутная брыжейка»). Дилатация петель тонкой кишки (> 30 мм) имела в 29 (53,7%) случаях, увеличение и неоднородность мезентериальных лимфатических узлов – в 39 (69,6%). Туберкулез легких был

верифицирован у 50 (89,3%) больных. ВИЧ-инфекция диагностирована у 42 (75%) больных. Интраоперационная картина имела следующие особенности. Серозный или серозно-фибринозный экссудат в объеме от 300 до 5 000 мл был выявлен в 44 (78,6%) случаях, гнойный – в 8 (14,3%), в 4 (7,1%) он практически не определялся. По распространенности процесса: местный перитонит выявлен у 6 (10,7%) пациентов, а у 50 (89,3%) больных он носил распространенный характер. Наличие как одиночных, так и сгруппированных белесоватых бугорковых высыпаний на париетальной и висцеральной брюшине (диаметром от 2 до 6 мм) отмечалось у 44 (78,6%) пациентов. Спаечный процесс в виде плоскостных и пластинчатых сращений между париетальной брюшиной и петлями тонкой кишки, большим сальником наблюдался в 41 (73,2%) случае, причем у 8 (14,3%) пациентов имело место образование околокишечных капсул (осумковывающий перивисцерит, abdominal cocoon) с явлениями частичной кишечной непроходимости, что послужило причиной более расширенного оперативного пособия (адгезиолизис). Цитологическое исследование перитонеального экссудата показало преобладание в его составе клеток лимфоцитарного ряда у 46 (82,1%) пациентов. ДНК микобактерий туберкулеза (МБТ) при молекулярно-генетическом анализе выпота была обнаружена у 22 (39,3%) больных. При микроскопии биоптатов брюшины типичная туберкулезная гранулема или «стертая» гранулема с преобладанием

казеозного некроза (при ВИЧ-инфекции) выявлялась в 52 (92,9%) случаях, при этом в 36 (64,3%) – окраска материала по Цилю – Нильсену установила наличие кислотоустойчивых микобактерий. Бактериологическое исследование экссудата определило рост МБТ лишь у 26,8% (15 больных).

Заключение. Туберкулез брюшины остается по-прежнему сложным объектом для диагностики. Неспецифичность клинической картины, явления асцита или частичной кишечной непроходимости, наличие бугорковых образований на брюшине, формирующийся спаечный процесс диктуют необходимость дифференцирования с канцероматозом брюшины, спаечной болезнью, асцитом при сердечной и почечно-печеночной недостаточности, вторичным перитонитом и другими системными заболеваниями. Анализ асцитической жидкости, как правило, дает неспецифическую картину лимфоцитарного преобладания, рост МБТ чаще всего не определяется. УЗИ брюшной полости и КТ все чаще используются для выявления абдоминальных форм туберкулеза, но могут лишь визуализировать патологический процесс в брюшной полости. Лапароскопия остается лучшим методом диагностики туберкулезного перитонита, прежде всего за счет возможности непосредственного осмотра органов брюшной полости и брюшины и взятия биопсии для дальнейшего лабораторного изучения.

*Решетников Михаил Николаевич
(Mikhail N. Reshetnikov)
E-mail: taxol@bk.ru*



DOI 10.21292/2075-1230-2019-97-5-78-79

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОЙ НЕЙРОННОЙ СЕТИ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Пономарев Д. С.¹, Стерликов С. А.³, Пономарев С. Б., Аверьянова Е. Л.²

¹Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний, Москва, РФ

²Псковский государственный университет, г. Псков, РФ

³Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, Москва, РФ

USING ARTIFICIAL NEURAL NETWORKS FOR PREDICTION MODELING IN THE PATIENTS WITH CONCURRENT HIV INFECTION AND TUBERCULOSIS IN THE PENITENTIARY SYSTEM

Ponomarev D. S.¹, Sterlikov S. A.³, Ponomarev S. B., Averyanova E. L.²

¹Research Institute of the Federal Penitentiary System, Moscow, Russia

²Pskov State University, Pskov, Russia

³Central Research Institute for Public Health Organization and Informatization, Moscow, Russia

Цель исследования: определение предикторов негативного прогноза течения у пациентов с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза в местах лишения свободы.

Материалы и методы. Изучены сведения о 65 пациентах с ВИЧ-инфекцией, наблюдавшихся в одном из лечебно-исправительных учреждений уголовно-исполнительной системы Российской Федерации.