

АТИПИЧНО ТЕКУЩИЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ МЕЗАДЕНИТ У ПАЦИЕНТА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, НАРКОМАНИЕЙ И ГЕПАТИТОМ С

А. Г. ГУСЕЙНОВ, Г. К. ГУСЕЙНОВ

ATYPICAL TUBERCULOUS MESENTERIC ADENITIS IN THE HIV-INFECTED PATIENT WITH CONCURRENT DRUG ADDICTION AND HEPATITIS C

A. G. GUSEYNOV, G. K. GUSEYNOV

Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala, RF

Абдоминальный туберкулез, в том числе мезаденит, является наиболее сложной для диагностики локализацией специфического процесса [2, 3, 7]. Положение еще больше усложняется при сочетании туберкулеза с ВИЧ-инфекцией или другими заболеваниями [6].

Клиника туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции существенно изменилась, заметно возросла частота распространенных процессов с вовлечением в патологический процесс от 2 до 16 органов, при этом у трети пациентов поражаются органы брюшной полости [4, 5, 8, 9]. У 50-80% пациентов абдоминальный туберкулез выявляется при экстренных хирургических вмешательствах по поводу его осложнений – кишечной непроходимости, внутреннего кровотечения, перитонита. Такие вмешательства нередко приводят к осложнениям и летальным исходам [1, 2, 3, 8, 9].

По-видимому, доля пациентов с атипичным течением туберкулеза будет увеличиваться в связи с распространением ВИЧ-инфекции, что требует пересмотра критериев диагностики заболевания на основе клинических проявлений.

Приводим наблюдение туберкулезного мезаденита у пациента с ВИЧ-инфекцией, наркоманией и гепатитом С.

Пациент Б., 39 лет, госпитализирован в отделение хирургии Республиканской больницы № 2 Центра специализированной экстренной медицинской помощи г. Махачкалы 05.05.2014 г. с жалобами на постоянные пульсирующие боли в животе, усиливающиеся при движениях, выраженную слабость, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту 1-2 раза в сутки, жидкий стул 1 раз в сутки каловыми массами желтого цвета, лихорадку в вечернее время суток до 39°C.

Начало заболевания с умеренных болей в животе без четкой локализации. За 5 сут до госпитализации появились рвота, жидкий стул, после которых боли в животе уменьшались.

Пациент в течение многих лет наркозависим, страдает хроническим гепатитом С, в 1998 г. выявлена ВИЧ-инфекция. Регулярного лечения по поводу гепатита и ВИЧ-инфекции не получал.

Объективно. Общее состояние тяжелое. Сознание ясное, адекватен. Рост 176 см, масса тела 45 кг, индекс массы тела по Кетле 14,5; телосложение правильное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, тургор кожи снижен. Доступные пальпации лимфоузлы размерами до 4-5 мм, мягкие, подвижные.

Пульс – 112 уд./мин, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт. ст. Грудная клетка конусовидная, симметричная, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Аускультативно над легкими дыхание жесткое, хрипов нет.

Живот запавший, участвует в дыхании. Печень по краю реберной дуги, селезенка и желчный пузырь не пальпируются. Защитного напряжения брюшной стенки нет, умеренная болезненность в мезогастррии справа от средней линии, где определяется плотное пульсирующее опухолевидное образование размером 7 × 6 см. При аускультации шумы над опухолью не определяются.

Поясничная область симметричная, пальпаторно болезненности нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При пальцевом исследовании прямой кишки стенки гладкие, инфильтрации нет. На расстоянии 10 см от ануса определяется нижний край болезненного опухолевидного образования, исходящего из брюшной полости спереди от кишки.

Общий анализ крови: гемоглобин – 112 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $4,8 \times 10^9$ /л (палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 31%, моноциты – 9%), СОЭ – 63 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1024, белок – нет, лейкоциты – 1-3 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 62 г/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л, креатинин – 97,2 мкм/л, мочевины – 4,6 ммоль/л, билирубин – 12,81 мкм/л.

Исследования крови на RW, HBsAg – отрицательно, на HCV, ВИЧ – положительно.

Рентгенография легких: очаговых и инфильтративных изменений нет, синусы свободны, тень средостения без особенностей.

ЭКГ: ритм синусовый, положение оси сердца вертикальное; неполная блокада левой ножки пучка Гиса.

Магнитно-резонансная томография (рис. 1, 2): в брюшной полости на уровне симфиза справа от средней линии определяется объемное образование округлой формы с четкими неровными контурами размером 62×59 мм, с высоким сигналом на T2 и низким – на T1.

Реакции на пробу Манту и пробу с диаскинтестом отрицательные.

Диагностирован абсцесс брюшной полости, с целью подготовки к операции назначены инфузии кристаллоидных растворов, тиенам $0,5 \text{ г} \times 2$ раза в сутки внутривенно, метрагил $0,5 \text{ г} \times 2$ раза в сутки внутривенно.

06.05.2014 г. больной оперирован под местным обезболиванием. На уровне пупка справа трансректальным доступом произведена лапаротомия. Жидкости в брюшной полости нет. Брюшина гладкая, блестящая. В корне брыжейки тонкой кишки ближе к илеоцекальному переходу имеется плотная малоподвижная опухоль. При пункции получен густой желтовато-серого цвета гной без запаха. Проведено вскрытие абсцесса, эвакуировано около 100 мл гноя. После промывания полости растворами антисептиков выполнено дренирование двумя хлорвиниловыми трубками, рана ушита до дренажей.

После операции в течение 2 сут продолжал получать тиенам и метрагил, однако лихорадка и слабость сохранялись.

09.05.2014 г. получены результаты исследования гноя из полости абсцесса по Цилю – Нельсену и ПЦР – выявлены микобактерии туберкулеза, чувствительные к рифампицину.

Пациенту были назначены рифампицин, изониазид, канамицин и этамбутол. На 2-е сут после начала химиотерапии состояние значительно улучшилось – температура тела нормализовалась, боли в животе прошли, уменьшилась слабость, появился аппетит.

14.05.2014 г. выписан из клиники.

Заключительный диагноз: туберкулезный мезаденит в стадии распада, забрюшинный натечный абсцесс (БК+); хронический вирусный гепатит С, ВИЧ-инфекция.

В Республиканском противотуберкулезном диспансере пациент получил интенсивное лечение пятью противотуберкулезными препаратами: канамицином, рифампицином, изониазидом, пирозинамидом и этамбутолом в течение 3 мес., а затем – поддерживающую терапию феназидом, рифампицином и пиразинамидом.

Через 7 мес. после операции состояние удовлетворительное, жалоб нет. Прибавка массы тела составила 25 кг. Реакции на пробу Манту и пробу с диаскинтестом отрицательные. Больной нахо-



Рис. 1. Магнитно-резонансная томография в боковой проекции. Объемное образование брюшной полости

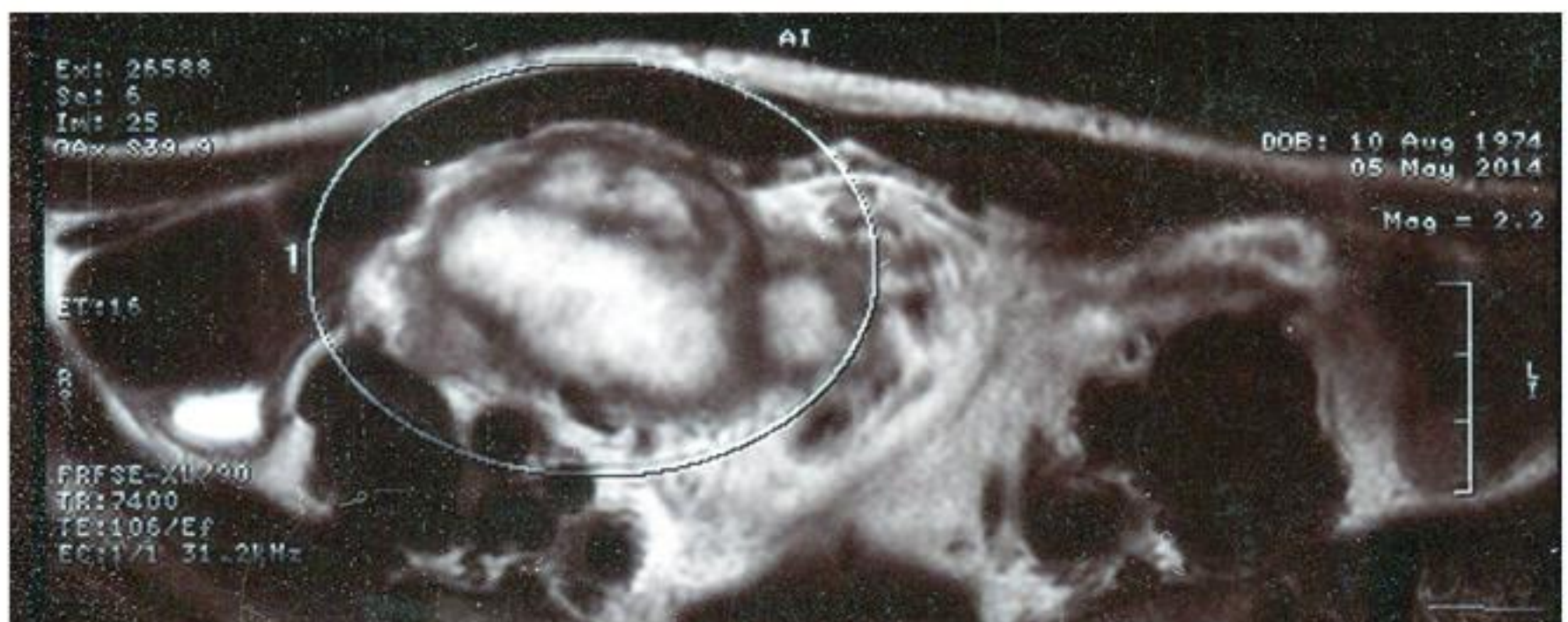


Рис. 2. Магнитно-резонансная томография, поперечное сечение. Объемное образование брюшной полости

дится под диспансерным наблюдением фтизиатра и инфекциониста.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует атипичное течение туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции. Мезаденит не сопровождался поражением легких, проба Манту и проба с диаскинтестом были отрицательны. Манифестация заболевания наблюдалась на поздней стадии – после распада лимфатических узлов и формирования абсцесса. Неинвазивные методы исследования оказались неинформативны. Вскрытие абсцесса не привело к уменьшению болей в животе и лихорадки, только после применения противотуберкулезных препаратов состояние значительно улучшилось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева И. А., Таран Д. В. Проект по сбору и изучению лучших примеров организации лечения и клинического ведения больных туберкулезом, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя и сочетанным с ВИЧ-инфекцией // Туб. Спецвыпуск № 1. – 2014. – С. 3-6.
2. Гусейнов А. Г. Алгоритм и хирургические методы диагностики абдоминального туберкулеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов-на-Дону, 1991. – 22 с.
3. Гусейнов Г. К., Рамазанова А. М., Гусейнов А. Г. Диагностика абдоминального туберкулеза // Клин. медицина. – 1985. – № 12. – С. 55-59.
4. Добкина М. Н., Соловьева С. А., Борзунова Е. М. и др. Организация выявления туберкулеза у ВИЧ-инфицированных и представителей уязвимых групп населения в Томской области // Туб. Спецвыпуск № 1. – 2014. – С. 85-90.
5. Литвинов В. И. Проблемы туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией в мегаполисе // Мед. наука и практика. – 2009. – № 2. – С. 8-12.
6. Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В., Юрин О. Г. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика и лечение. – М., 2003. – С. 101-122.
7. Савоненкова Л. М., Арямкина О. Л. Осложнения и исходы абдоминального туберкулеза // Анналы хирургии. – 2006. – № 4. – С. 52-55.
8. Скопин М. С., Корнилова З. Х., Зюзя Ю. Р. и др. Клинико-морфологические особенности абдоминального туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией // Туб. – 2012. – № 10. – С. 51-58.
9. Фролова О. П. Туберкулез у больных с ВИЧ-инфекцией: клинико-морфологические и эпидемиологические аспекты // Пробл. туб. – 2002. – № 6. – С. 30-33.

REFERENCES

1. Vasilieva I.A., Taran D.V. Project on collection and study of the best practices on treatment organization and clinical management of tuberculosis patients including those with multiple drug resistance and concurrent HIV infection. *Tub.*, Sp. iss. no. 1, 2014, pp. 3-6. (In Russ.)
2. Guseynov A.G. *Algoritm i khirurgicheskie metody diagnostiki abdominalnogo tuberkuleza. Diss. kand. med. nauk.* [Procedures and surgical methods of abdominal tuberculosis diagnostics. Cand. Diss.]. Rostov-na-Donu, 1991, 22 p.
3. Guseynov G.K., Ramazanova A.M., Guseynov A.G. Diagnostics of abdominal tuberculosis. *Klin. Meditsina*, 1985, no. 12, pp. 55-59. (In Russ.)
4. Dobkina M.N., Solov'eva S.A., Borzunova E.M. et al. Organization of tuberculosis detection in HIV patients and socially vulnerable population in Tomsk Region. *Tub.*, Sp. iss. no. 1, 2014, pp. 85-90. (In Russ.)
5. Litvinov V.I. *Problemy tuberkuleza v sochetanii s VICH-infektsiy v megapolise.* [Problems of tuberculosis and HIV co-infection in megapolis]. *Med. Nauka i Praktika Publ.*, 2009, no. 2, pp. 8-12.
6. Pokrovskiy V.V., Ermak T.N., Belyaeva V.V., Yurin O.G. *VICH-infektsiya. Klinika, diagnostika i lecheniye.* [HIV infection. Clinics, diagnostics and treatment]. Moscow, 2003. pp. 101-122. (In Russ.)
7. Savonenkova L.M., Aryamkina O.L. Complications and outcomes of abdominal tuberculosis. *Annaly Khirurgii*, 2006, no. 4, pp. 52-55. (In Russ.)
8. Skopin M.S., Kornikova Z.Kh., Zyuzya Yu.R. et al. Clinical and morphological specifics of abdominal tuberculosis in HIV patients. *Tub.*, 2012, no. 10, pp. 51-58. (In Russ.)
9. Frolova O.P. Tuberculosis in HIV patients: clinical, morphological and epidemiological aspects. *Probl. Tub.*, 2002, no. 6, pp. 30-33. (In Russ.)

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Гусейнов Абдулкамал Гусейнович
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
доктор медицинских наук, доцент кафедры
хирургии факультета повышения квалификации
и профессиональной переподготовки специалистов,
367000, г. Махачкала, пр. Гамзатова, д. 1,
E-mail: guseynov_ag@mail.ru;

Поступила 03.02.2015

ВНИМАНИЕ!

ПОДПИШИСЬ НА ЖУРНАЛ

«ТУБЕРКУЛЁЗ И БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ»

ЖУРНАЛ ВЫХОДИЛ ПОД НАЗВАНИЯМИ:

- «Вопросы туберкулёза» (1923-1931 гг.)
- «Борьба с туберкулёзом» (1932-1935 гг.)
- «Проблемы туберкулёза» (1936-2003 гг.)
- «Проблемы туберкулёза и болезней лёгких» (2003 г. – 06.2009 г.)

с 07.2009 г. журнал выходит под названием «ТУБЕРКУЛЁЗ И БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ»

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ОСНОВАН В МАЕ 1923 г.

ОФОРМИТЬ ПОДПИСКУ МОЖНО СЛЕДУЮЩИМИ СПОСОБАМИ:

1. По каталогу агентства «Роспечать» в любом почтовом отделении связи РФ
Индекс **71460** – для частных лиц; Индекс **71461** – для предприятий и организаций
2. На сайте агентства www.presscafe.ru
3. В отделе подписки издательского дома «НЬЮ ТЕРРА» (по безналичному расчету)
Тел.: (495) 223-71-01, e-mail: info@tibl-journal.com



Издатель: ООО «НЬЮ ТЕРРА»
129515, г. Москва, ул. Академика Королёва, д. 13, стр. 1
Тел.: (495) 223-71-01
e-mail: info@tibl-journal.com www.rus.tibl-journal.com