



ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИБРЮШНОЙ ЛИМФАДЕНОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Решетников М. Н.¹, Плоткин Д. В.^{1,2}, Сеницын М. В.¹

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

OPPORTUNITIES OF DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY WHEN DIAGNOSING ABDOMINAL LYMPHADENOPATHY IN HIV PATIENTS

Reshetnikov M. N.¹, Plotkin D. V.^{1,2}, Sinityn M. V.¹

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

²Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Источники литературы указывают на полиэтиологичность внутрибрюшной лимфаденопатии у больных ВИЧ-инфекцией, до верификации диагноза, как правило, проходит значительное время. В связи с неспецифической клинической картиной лучевые методы диагностики и малоинвазивные хирургические методы играют ключевую роль в выявлении этой патологии и верификации диагноза. Ультразвуковое исследование (УЗИ) обладает высокой разрешающей способностью в визуализации объемных и воспалительных заболеваний органов брюшной полости. Также высокоинформативным методом визуализации является мультиспиральная компьютерная томография. Однако при использовании лучевых методов можно лишь предположительно определить этиологию заболевания, вызвавшего увеличение внутрибрюшных лимфатических узлов. Лапароскопия является наиболее щадящим и в то же время высокоэффективным методом, позволяя осмотреть поражения мезентериальных лимфатических узлов и осуществить их прицельную биопсию, аспирировать имеющийся в брюшной полости экссудат для лабораторных исследований.

Цель исследования: изучение эффективности видеолапароскопии с биопсией лимфатических узлов при диагностике этиологии внутрибрюшной лимфаденопатии у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 97 пациентов с ВИЧ-инфекцией: мужчин – 71 (73,2%), женщин – 26 (26,8%). Возраст пациентов – от 20 до 52 лет, в среднем $33,9 \pm 7,9$ года. У всех пациентов ВИЧ-инфекция была в стадии 4Б, 4В. Показаниями к их госпитализации послужили симптомы острой абдоминальной хирургической патологии или необходимость уточнения в плановом порядке выявленных патологических изменений в брюшной полости. Проведено комплексное диагностическое обследование, включавшее: лучевые методы диагностики, лабораторные исследования крови и мочи, иммунного статуса, исследование мокроты, мочи, каловых масс и биопта-

тов лимфатических узлов на предмет обнаружения микобактерий туберкулеза методами люминесцентной микроскопии, полимеразную цепную реакцию, цитологическое, гистологическое и иммуногистохимическое исследование операционного материала.

Результаты. Клинические проявления внутрибрюшной лимфаденопатии характеризовались тяжестью в животе и абдоминальным болевым синдромом, интенсивность боли варьировала от незначительной до выраженной. Также больные отмечали лихорадку, слабость, тошноту, расстройства стула. У 74 (76,3%) пациентов преобладал симптом хронической абдоминальной боли различной степени выраженности на фоне умеренной интоксикации. Боли локализовались в глубине живота, в эпигастральной области, несколько влево и книзу от пупка или по ходу брыжейки тонкой кишки. Клиническая картина симулировала такие заболевания, как воспалительные заболевания кишечника, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронические заболевания придатков матки. У 23 (23,7%) пациентов клиническая картина развивалась остро, с появления нарастающих болей в животе, чаще возникающих в эпигастральной области и затем распространяющихся по всему животу, симулируя острую хирургическую патологию, такую как перитонит, острый панкреатит, острый деструктивный аппендицит, что приводило к экстренному оперативному вмешательству. В 27 (27,8%) наблюдениях в брюшной полости пальпировались инфильтраты, состоящие из конгломератов увеличенных лимфатических узлов, расположенных в околопупочной и правой подвздошной области, у 39 (40,2%) определялся асцит. Туберкулез легких верифицирован у 57/97 (58,8%) больных. При УЗИ брюшной полости в 82/97 (84,5%) наблюдениях визуализировались увеличенные лимфатические узлы, расположенные в корне брыжейки тонкой кишки и парааортально, при КТ-исследовании с внутривенным и пероральным контрастированием в 94/97 (96,9%) случаях также определялись увеличенные лимфатические

узлы, расположенные преимущественно вдоль аорты, подвздошных сосудов и в корне брыжейки кишечника. Полученные данные позволили установить увеличение размеров и изменение структуры мезентериального и забрюшинного лимфатического аппарата. Для этиологической верификации поражения произведена видеолaparоскопия с биопсией лимфатических узлов. Брюшина над лимфатическими узлами рассекалась с помощью коагуляционного крючка и ножниц, биопсированные ткани извлекались с помощью зажима или диссектора. В результате осмотра и комплексного лабораторного исследования биоптатов установлено следующее.

У 55/97 (56,7%) пациентов подтвержден туберкулезный мезаденит. Гистологическое исследование лимфатических узлов выявляло субтотальное или тотальное казеозно-некротическое поражение с выраженной лейкоцитарной инфильтрацией некротических масс, вплоть до абсцедирования, секвестрации некротических масс и формирования острых туберкулезных лимфоузелов.

У 13/97 (13,4%) пациентов диагностирован микобактериоз внутрибрюшных лимфатических узлов, при котором микроскопическая картина показала полное замещение ткани лимфатического узла мноморфными макрофагами. Гистобактериоскопия по Цилю – Нильсену выявила кислотоустойчивые микобактерии в огромном количестве, не поддающему подсчету, локализованные в цитоплазме макрофагов.

Лимфопролиферативное поражение лимфатического аппарата брюшной полости удалось подтвердить у 10/97 (10,3%) больных. Микроскопическая картина характеризовалась стертой фолликулярной картиной вплоть до полной его утраты, пролиферацией лимфобластных и лимфоцитоподобных клеток при неходжкинских лимфомах, с инвазией капсулы лимфатического узла и прилежающей жировой клетчатки.

Еще у 4/97 (4,1%) пациентов выявлены клетки аденокарциномы (метастазы железистого рака).

У 8/97 (8,3%) пациентов визуально установлена причина болевого синдрома. Перитонит на почве прикрытых перфораций туберкулезных язв тонкой кишки – у 2, флегмонозно-измененный червеобразный отросток – у 1, псевдомембранозный колит – у 3 пациентов.

У 7/97 (7,2%) пациентов гистологическая картина в биопсированной ткани не имела специфических для какой-либо патологии изменений.

Заключение. Клиническая картина поражения лимфатических узлов брюшной полости и забрюшинного пространства у больных ВИЧ-инфекцией неспецифична. Дифференциальная диагностика обязательно требует выполнения диагностической лапароскопии с биопсией и последующей лабораторной и патоморфологической верификацией.

Решетников Михаил Николаевич

(Mikhail N. Reshetnikov)

E-mail: taxol@bk.ru



[HTTP://DOI.ORG/10.21292/2075-1230-2019-97-6-67-68](http://doi.org/10.21292/2075-1230-2019-97-6-67-68)

ОХВАТ ТЕСТИРОВАНИЕМ И ЧАСТОТА ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В ГРАЖДАНСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ И В УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Тестов В. В.¹, Стерликов С. А.², Васильева И. А.¹, Тихонова Ю. В.³, Глебов К. А.¹, Панова А. Е.¹

¹Научно-исследовательский медицинский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, Москва, РФ

²Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, Москва, РФ

³ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, РФ

COVERAGE WITH TESTS AND FREQUENCY OF MULTIPLE/EXTENSIVE DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS IN THE CIVILIAN HEALTH SERVICES AND PENITENTIARY SYSTEM

Testov V. V.¹, Sterlikov S. A.², Vasilieva I. A.¹, Tikhonova Yu. V.³, Glebov K. A.¹, Panova A. E.¹

¹National Medical Research Center of Phthisiopulmonology and Infectious Diseases, Moscow, Russia

²Central Research Institute for Public Health Organization and Informatization, Moscow, Russia

³I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Цель исследования: на генеральной совокупности изучить охват тестами на лекарственную чувствительность (ЛЧ) и установить долю туберкулеза с множественной (МЛУ) и широкой (ШЛУ) лекарственной устойчивостью у больных различных регистрационных групп; проверить гипотезу о боль-

шей частоте туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС).

Материалы и методы. Данные о выявлении туберкулеза с МЛУ/ШЛУ возбудителя у больных различных регистрационных групп за 2017 г. со-

браны в соответствии с письмом Минздрава России № 17-10/3300 от 08.05.2018 г. и письмом Управления медико-санитарного обеспечения ФСИН России № исх-22-35165 от 21.05.2018 г. Источником первичной информации для составления таблиц служил журнал 03-ТБ/у, ведение которого регламентировано приказом Минздрава России № 50 от 13.02.2004 г. В процессе сбора информации осуществлялся контроль качества путем сопоставления с ранее представленными отчетами и логическими условиями контроля. Охват тестами на ЛЧ микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам (ПТП) основного ряда (как минимум к изониазиду и рифампицину) рассчитывали как процентное отношение числа тестируемых лиц к числу лиц, имевших положительный результат культуральной диагностики на МБТ. Охват тестами на ЛЧ к ПТП резервного ряда [к любому фторхинолону (Fq) и одному из ПТП – амикацину (Am), канамицину (Km), капреомицину (Cm)] рассчитывали как процентное отношение числа тестируемых лиц к числу лиц с выявленной устойчивостью МБТ как минимум к рифампицину. Долю МЛУ-ТБ рассчитывали как процентное отношение числа случаев МЛУ МБТ к числу тестируемых на ЛЧ МБТ к ПТП основного ряда, долю случаев с ШЛУ МБТ – как процентное отношение случаев с устойчивостью МБТ к изониазиду, рифампицину, Fq и одному из инъекционных препаратов: Am, Km, Cm. Рассчитывали 95%-ные доверительные интервалы (95%ДИ), определяли статистическую значимость различий (p).

Результаты. Охват случаев туберкулеза тестами на ЛЧ МБТ к ПТП основного ряда в медицинских организациях гражданского здравоохранения составил в целом для всех случаев лечения туберкулеза 97,6% [95%ДИ 97,5-98,5], а в пенитенциарном – 92,8% [95%ДИ 92,0-93,5] ($p < 0,01$). Несмотря на то что показатель охвата в учреждениях УИС России достаточно высок, имеется неравномерность по субъектам: в 6 регионах он составляет менее 50%. Охват тестами на ЛЧ МБТ к ПТП резервного ряда лиц с устойчивостью к рифампицину был ниже и составил 87,7% [95%ДИ 87,3-88,1] для медицинских организаций гражданского здравоохранения и 77,0% [95%ДИ 75,2-78,8] для учреждений УИС России ($p < 0,01$). В целом в Российской Федерации имеются возможности для обеспечения фенотипического тестирования на ЛЧ МБТ к ПТП как основного, так и резервного рядов всех пациентов, которым это показано (за исключением случаев роста единичных колоний МБТ). Для этого необходимы укрепление межведомственного взаимодействия, расширение аутсорсинга услуг, для ряда регионов – привлечение региональной бактериологической лаборатории гражданского здравоохранения на безвозмездной основе.

Частота туберкулеза с МЛУ МБТ в учреждениях гражданского здравоохранения и УИС составила соответственно: для впервые выявленных больных

28,3% [95%ДИ 27,8-28,8] и 29,6% [95%ДИ 27,2-32,1] ($p = 0,3$), для случаев рецидива – 48,1% [95%ДИ 46,8-49,4] и 43,2% [95%ДИ 39,4-47,0] ($p = 0,02$), для случаев лечения после неэффективного курса химиотерапии 67,2% [95%ДИ 66,3-68,1] и 69,6% [95%ДИ 67,0-72,1] ($p = 0,08$), для случаев лечения после прерывания курса химиотерапии 56,8% [95%ДИ 55,0-58,6] и 52,8% [95%ДИ 47,7-57,8] ($p = 0,2$), для «прочих» случаев лечения 52,7% [95%ДИ 50,8-54,5] и 52,6% [95%ДИ 47,5-57,7] ($p = 0,9$). Таким образом, гипотеза о большей частоте туберкулеза с МЛУ МБТ в пенитенциарных учреждениях для однородных групп не подтверждается.

Частота туберкулеза с ШЛУ МБТ в учреждениях гражданского здравоохранения и УИС составила соответственно: для впервые выявленных больных – 9,9% [9,3-10,6] и 8,5 [5,7-11,6] ($p = 0,4$), для случаев рецидива – 13,5% [95%ДИ 12,2-14,8] и 9,2% [95%ДИ 5,9-13,2] ($p = 0,08$), для случаев лечения после неэффективного курса химиотерапии – 21,1% [95%ДИ 20,2-22,0] и 16,3% [95%ДИ 13,7-19,1], для случаев лечения после прерывания курса химиотерапии – 19,8% [95%ДИ 17,9-21,8] и 14,8% [95%ДИ 10,1-20,4] ($p = 0,1$), для «прочих» случаев лечения – 21,7% [95%ДИ 19,7-23,8] и 18,0% [95%ДИ 12,7-23,9] ($p = 0,3$). Таким образом, гипотеза о большей частоте туберкулеза с ШЛУ МБТ в пенитенциарных учреждениях для однородных групп не подтверждается. Вместе с тем в учреждениях УИС преобладает регистрация повторных случаев лечения. В данном исследовании доля впервые выявленных больных (обладающих наименьшим уровнем лекарственной резистентности) среди тестируемых на ЛЧ МБТ к ПТП основного ряда составила в гражданском здравоохранении 55,9% [95%ДИ 55,4-56,5], а в УИС – 33,5% [95%ДИ 31,6-35,4] ($p < 0,01$). Аналогичным образом, среди пациентов с лекарственной устойчивостью как минимум к рифампицину доля тестируемых на ЛЧ МБТ к ПТП резервного ряда впервые выявленных больных, обладающих наименьшим уровнем ШЛУ МБТ, в гражданском секторе составила 36,5% [95%ДИ 35,7-37,4], а в УИС – 20,9% [95%ДИ 18,4-23,6] ($p < 0,01$). Таким образом, впечатление о более высокой доле больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью возбудителя в учреждениях УИС России обусловлено только более неблагоприятной структурой самих пациентов, а не наличием более высокого риска туберкулеза с лекарственной устойчивостью как такового.

Заключение. Частота туберкулеза с МЛУ и ШЛУ у пациентов гражданского и пенитенциарного здравоохранения в однородных группах совпадает. Более высокая частота туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя в учреждениях УИС обусловлена меньшей долей новых случаев лечения и большей долей повторно леченных пациентов.

Стерликов Сергей Александрович
(Sergey A. Sterlikov)
E-mail: sterlikov@list.ru