

УДК 616-002.5.616.381-002

ОКСАНА ГРИГОРЬЕВНА УРСУЛ<sup>1</sup>, АНДРЕЙ ЛЕОНИДОВИЧ ВЕСЕЛЫЙ<sup>2</sup>,  
ВИТАЛИЙ ЛЕОНИДОВИЧ МОЩЕНКО<sup>2</sup>, ИРИНА ИВАНОВНА КАЛИНОВСКАЯ<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Университетская клиника Харьковского национального медицинского университета

<sup>2</sup> ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины», Харьков

<sup>3</sup> Харьковская областная клиническая больница

## СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПЕРИТОНИТА У БОЛЬНОГО ВИЧ

В данной статье описано редкое клиническое наблюдение туберкулезного перитонита у ВИЧ-инфицированного мужчины 36 лет, а также рассмотрены причины возникновения, клиническая картина и методы диагностики этого редкого осложнения ВИЧ-инфекции.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, туберкулез, туберкулезный перитонит, компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

За четыре месяца 2018 года в Украине, по данным Центра общественного здоровья МОЗ Украины, было зарегистрировано 5 764 новых случая ВИЧ-инфекции (из них 783 ребенка до 14 лет). Наиболее пораженные ВИЧ-инфекцией регионы — это Днепропетровская, Одесская, Донецкая, Киевская, Николаевская области, а также Киев. По оценке экспертов, с 2014 года эпидемиологическая ситуация в нашей стране стремительно ухудшается. Один из основных индикаторов, по которым отслеживается развитие эпидемии, это количество новых случаев ВИЧ-инфекции. За 2017 год этот показатель вырос на 6,6 процента по сравнению с 2016 годом — это соответствует динамике эпидемии. Украина остается лидером в Европе по масштабам распространения ВИЧ-инфекции.

Иммунодефицитное состояние повышает риск реактивации латентной туберкулезной инфекции, а также риск инфицирования новыми возбудителями. У ВИЧ-инфицированных пациентов очень часто встречаются внелегочные формы туберкулеза, которые преобладают над другими видами оппортунистических инфекций вследствие более высокой патогенности микобактерий.

Сложность диагностики абдоминального туберкулеза определяется многообразием патогенетических механизмов, морфологических и клинических проявлений, отсутствием характерных признаков гастроинтестинальных поражений на различных уровнях желудочно-кишечного тракта.

Клиническая картина абдоминального туберкулеза полиморфна, патогномоничные симптомы и четкие диагностические критерии отсутствуют, поэтому, как

правило, он протекает под маской других заболеваний органов брюшной полости и выявляется лишь у небольшой части больных, у большинства же остается недиагностированным.

Согласно статистическим данным, в структуре абдоминальной формы туберкулеза в 70 % поражаются мезентериальные лимфатические узлы и илеоцекальная область, брюшина — в 12 %. В туберкулезном перитоните различают экссудативную, адгезивную и узловато-опухолевидную формы. Чаще встречается адгезивная форма [1].

### ДИАГНОСТИКА

Диагноз туберкулезного перитонита подтверждают данными цитологического и микробиологического исследований экссудата из брюшной полости. Поскольку в перитонеальном экссудате микобактерии туберкулеза обнаруживаются редко, используют иммуноферментный анализ на содержание противотуберкулезных антител, выявляющихся у большинства больных туберкулезным перитонитом, эффективен метод полимеразной цепной реакции.

Лучевые методы информативны в диагностике, но их данные необходимо дифференцировать с неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, онкологическим процессом. Диагностическая ценность МСКТ с болюсным контрастированием достаточно высока — чувствительность 95 %, специфичность — 67,5 % [2, 3].

Приблизительно у 75 % пациентов с туберкулезом желудочно-кишечного тракта имеется одновременно и легочный туберкулез (или они перенесли его ранее).

### ОПИСАНИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Мужчина 35 лет доставлен для КТ-обследования с диагнозом острый панкреатит? перитонит? с жалобами на разлитую боль в животе на протяжении около

2-х недель, не связанную с приемом пищи, температуру до 38 °С, тошноту, отсутствие аппетита, расстройство стула.

При КТ с внутривенным болюсным контрастированием органов грудной, брюшной полости и малого таза в сочетании с пероральным контрастированием тонкой кишки рентген-позитивной средой, выявлены следующие изменения (см. рис. 1, 2).

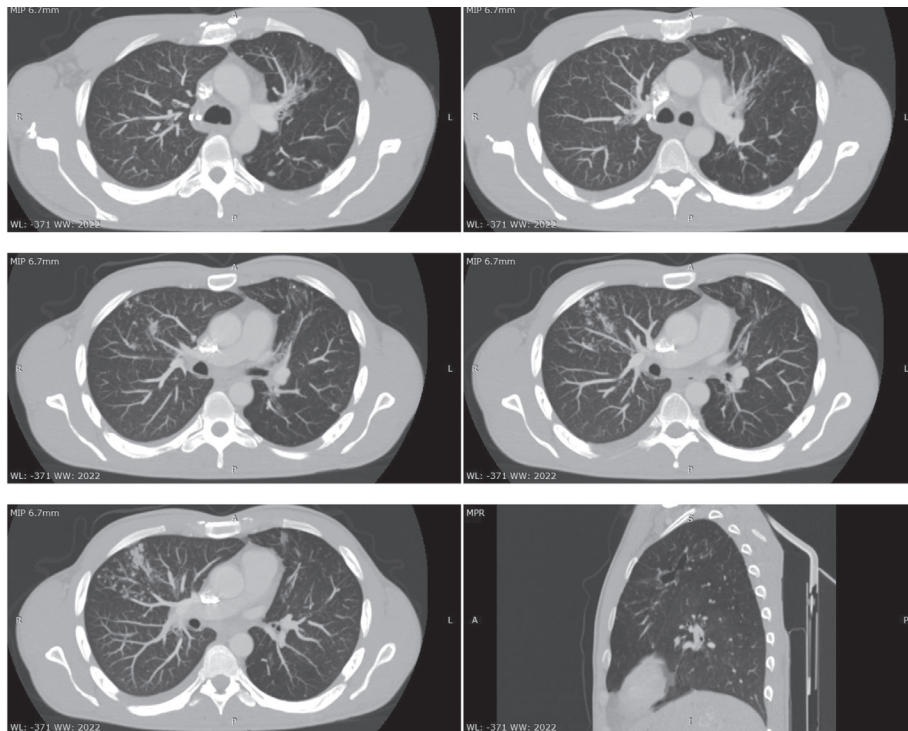
Медиастинальные лимфоузлы остальных групп и бронхопультмональные лимфоузлы с обеих сторон интактны.

Непатоспленомегалия (ККР печени — 170 мм, селезеночный индекс — 725).

В брюшной полости определяются многокамерные образования с содержимым плотностью

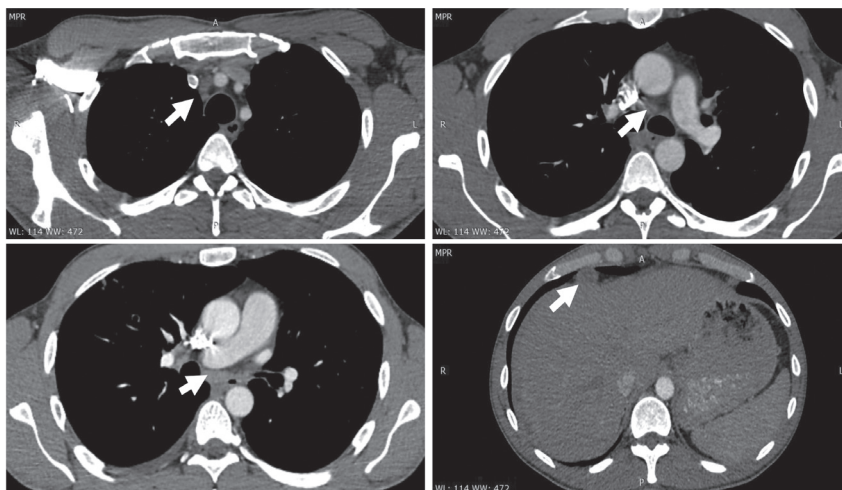
23...34 HU, не накапливающим контрастное вещество, с капсулой толщиной 2–5 мм, усиливающейся в портальную фазу контрастирования, локализованные между антральным отделом желудка и печеночным углом толстой кишки (38 × 38 × 26 мм); справа в мезогастрии, интимно прилегая к медиальной поверхности восходящей ободочной кишки (60 × 40 × 32 мм); в левой подвздошной области, компремируя дно мочевого пузыря (93 × 54 × 45 мм);

Множественные увеличенные мезентериальные, забрюшинные парааортальные лимфоузлы, немногочисленные тазовые и паховые лимфоузлы неоднородной, гиподенсивной структуры, не накапливающие контрастное вещество, максимальными размерами до 20 × 14 мм.



**Рис. 1.** Множественные мелкие узелки и кальцинаты на фоне фиброзных изменений в верхней доле левого легкого. В S3 правого легкого — множественные узелки по типу «дерева в почках», участки консолидации легочной паренхимы, с наличием в них единичных мелких воздушных полостей. В S3 левого легкого — неправильной формы воздушная

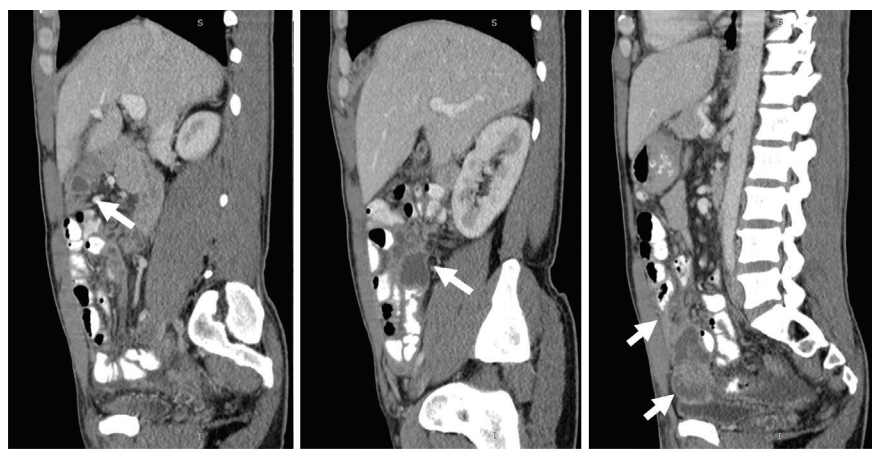
полость



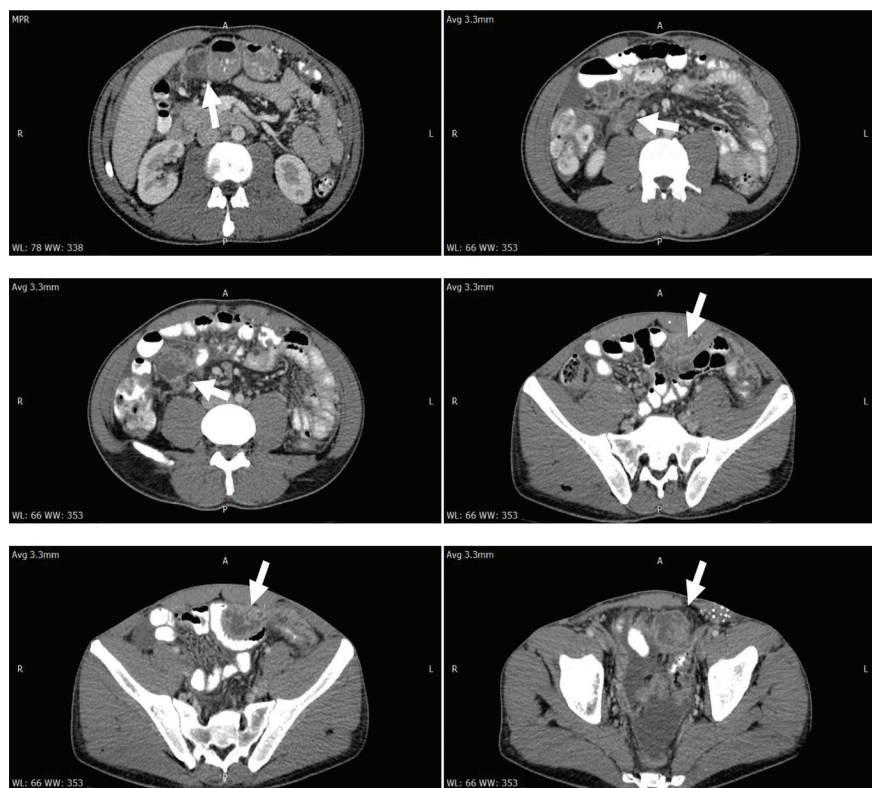
**Рис. 2.** Аденопатия паратрахеальных, аортопультмональных, бифуркационных и диафрагмальных лимфоузлов



а) фронтальная проекция



б) сагиттальная проекция



в) аксиальная проекция

**Рис. 3 (а, б, в).** Гепатомегалия; в брюшной полости многокамерные образования, локализованные: между антральным отделом желудка и печеночным углом толстой кишки; справа в мезогастррии, интимно прилегая к медиальной поверхности восходящей ободочной кишки; в левой подвздошной области, компримируя дно мочевого пузыря

Умеренное количество свободной жидкости в брюшной полости.

При детализации анамнеза пациента был выявлен положительный ВИЧ-статус в течение 7 лет.

Таким образом, выявленные изменения в легких соответствуют специфическому воспалительному процессу — Тbc — с признаками реактивации. Объемные образования в брюшной полости, учитывая характеристики их структуры и особенности накопления контрастного вещества — крупным туберкулезным гранулемам с признаками распада.

## ОБСУЖДЕНИЕ

К особенностям данного случая следует отнести поражение брюшины в сочетании с лимфаденопатией различных групп лимфоузлов, требующее дифференциальной диагностики, прежде всего с карциноматозом. Локализация, структура и сходные характеристики контрастного усиления образований брюшины и пораженных лимфатических узлов в сочетании с туберкулезом легких, клиническими и

анамнестическими данными, а также отсутствие первичного опухолевого процесса являются основными критериями для установки верного диагноза.

Диагноз верифицирован методом ИФА.

## ВЫВОДЫ

У больных ВИЧ значительно увеличивается риск развития абдоминальных форм специфического воспалительного процесса. Туберкулезный перитонит является одним из редких форм внелегочного туберкулеза, однако с учетом роста общего туберкулеза следует помнить о возможности поражения брюшины специфическим процессом. Наиболее сложен дифференциальный диагноз с карциноматозом брюшины, т. к. наличие объемных образований в брюшине, лимфаденопатия и асцит являются общими признаками для этих патологических процессов. Пероральное контрастирование рентген-позитивной средой необходимо для визуального отделения очагов в брюшине от кишечных петель.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Чикаев В. Ф. Практическая медицина 04 (14) Инновационные технологии в медицине. Т. 2. Фтизиатрия «особенности диагностики и лечения туберкулезного перитонита» / В. Ф. Чикаев, Ю. В. Бондарев, К. М. Зиятдинов, Д. М. Петухов.
2. Баринов В. С. Абдоминальный туберкулез // Фтизиатрия: национальное руководство / В. С. Баринов ; под ред. М. И. Перельмана. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 329–321.
3. Климова Н. В. Абдоминальный туберкулез у больных СПИДом / Н. В. Климова, А. А. Гаус.

Статья поступила в редакцию 31.10.2019.

О. Г. УРСУЛ<sup>1</sup>, А. Л. ВЕСЕЛИЙ<sup>2</sup>, В. Л. МОЩЕНКО<sup>2</sup>, І. І. КАЛІНОВСЬКА<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Університетська клініка Харківського національного медичного університету

<sup>2</sup> ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України», Харків

<sup>3</sup> Харківська обласна клінічна лікарня

## ВИПАДОК ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПЕРИТОНІТУ У ХВОРОГО ВІЛ

У даній статті описано рідкісне клінічне спостереження туберкульозного перитоніту у ВІЛ-інфікованого чоловіка 36 років, а також розглянуто причини виникнення, клінічна картина і методи діагностики цього рідкісного ускладнення ВІЛ-інфекції.

**Ключові слова:** ВІЛ-інфекція, туберкульоз, туберкульозний перитоніт, комп'ютерна томографія органів черевної порожнини і малого таза.

O. URSUL<sup>1</sup>, A. VESELY<sup>2</sup>, V. MOSHCENKO<sup>2</sup>, I. KALINOVSKAYA<sup>3</sup>

<sup>1</sup> University Clinic of the KHNMU

<sup>2</sup> Zaitsev institute of General and Emergency Surgery of the NAMS of Ukraine

<sup>3</sup> Kharkiv Regional Clinical Hospital

## CASE OF TUBERCULOUS PERITONITIS IN A PATIENT WITH HIV

This article describes a rare clinical observation of tuberculous peritonitis in an HIV-infected man 36 years old, and also discusses the causes, clinical picture and diagnostic methods for this rare complication of HIV infection.

**Keywords:** HIV infection, tuberculosis, tuberculous peritonitis, computed tomography of the abdominal cavity and small pelvis.

### Контактная информация:

Урсул Оксана Григорьевна

врач-рентгенолог рентгенотделения консультативно-диагностической поликлиники

Университетской клиники ХНМУ

тел.: +38 (066) 059-27-49