

3. Прогностическое значение теста на ДНК вируса папилломы человека при хирургическом лечении плоскоклеточного рака шейки матки / Е. В. Бахидзе [и др.] // Вопросы онкологии. – 2012. – Т. 58, № 2. – С. 233-237.
4. Роль длинных некодирующих РНК в процессе канцерогенеза / Н. А. Лисицын [и др.] // Молекулярная биология. – 2015. – Т. 49, № 4. – С. 561-570.
5. Decreased expression of lncrna gas5 predicts a poor prognosis in cervical cancer / S. Cao [et al.] // Int J Clin Exp Pathol. – 2014. – Vol. 7. – P. 6776-83.
6. Low expression of long noncoding xloc_010588 indicates a poor prognosis and promotes proliferation through upregulation of c-myc in cervical cancer / LM Liao [et al.] // Gynecol Oncol. – 2014. – Vol. 133. – P. 616-623.
7. ENCODE Project Consortium. An integrated encyclopedia of DNA elements in the human genome // Nature. – 2012. – Vol. 489. – P. 57-74.
8. Landscape of transcription in human cells / S. Djebali [et al.] // Nature. – 2012. – Vol. 489. – P. 101-108.
9. Identification of the long non-coding rna pou3f3 in plasma as a novel biomarker for diagnosis of esophageal squamous cell carcinoma / YS Tong [et al.] // Mol Cancer. – 2015. – Vol. 14. – P. 3.
10. Characterization of HULC, a novel gene with striking up-regulation in hepatocellular carcinoma, as noncoding RNA / K. Panzitt [et al.] // Gastroenterology. – 2007. – Vol. 132. – P. 330-342.
11. Shappell, S. B. Clinical utility of prostate carcinoma molecular diagnostic tests / S. B. Shappell // Reviews in Urology. – 2008. – Vol. 10, No. 1. – P. 44-69.
12. Non-coding RNAs in cancer diagnosis and therapy / M. Rasool [et al.] // Non-coding RNA Research. – 2016. – Vol. 1, No. 1. – P. 69-76.
13. Circulating long non-coding RNAs in plasma of patients with gastric cancer / T. Arita [et al.] // Anticancer Research. – 2013. – Vol. 33, No. 8. – P. 3185-3193.
14. Identification of the long non-coding RNA H19 in plasma as a novel biomarker for diagnosis of gastric cancer / X. Zhou [et al.] // Scientific Reports. – 2015. – Vol. 5, article 11516.
15. Jiang, S. Low expression of long non-coding rna let inhibits carcinogenesis of cervical cancer / S. Jiang, H.L. Wang, J. Yang // Int J Clin Exp Pathol. – 2015. – Vol. 8. – P. 806-811.
16. High MALAT1 expression predicts a poor prognosis of cervical cancer and promotes cancer cell growth and invasion / L. Yang [et al.] // European Review for Medical and Pharmacological Sciences. – 2015. – Vol. 19. – P. 3187-3193.
17. Chen, X. Up-regulation of long non-coding RNA CCAT2 correlates with tumor metastasis and poor prognosis in cervical squamous cell cancer patients / X. Chen, L. Liu, W. Zhu // Int J Clin Exp Pathol. – 2015. – Vol. 8. – P. 13261-13266.

УДК 616.988:616.94

© Коллектив авторов, 2017

В.М. Тимербулатов, Ш.В. Тимербулатов, В.М. Сибеев, М.В. Тимербулатов
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ
ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа

В статье представлен обзор отечественной и зарубежной литературы по вопросам диагностики, выбора метода лечения гнойно-септических осложнений при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Клинические проявления гнойных осложнений при ВИЧ-инфекции слабо выражены, атипичны и часто не соответствуют как самой тяжести осложнения, так и выявленным изменениям при дополнительных методах исследования. Отмечается целесообразность проведения лучевых методов исследования для выявления гнойных осложнений. Важными являются лабораторные методы исследования крови, характеризующиеся лейкопенией (особенно лейкоцитопенией), анемией, тромбоцитопенией, усугубляющими моментами являются оппортунистические инфекции и коморбидная патология. Лейкопения и тромбоцитопения одновременно являются прогностическими факторами смертности. В диагностике гнойных процессов ведущими методами являются компьютерная томография, особенно мультиспиральная, и магнитно-резонансная томография. Данные методы отличаются высокой чувствительностью и специфичностью (90-95%), позволяют выявлять даже малые абсцессы (<10 мм), точно устанавливать локализацию, в том числе в 3D-измерении и, соответственно, выбрать рациональные и безопасные методики пункции и дренирования. В статье обсуждаются вопросы хирургической тактики при абсцессах органов грудной и брюшной полостей и забрюшинного пространства.

Ключевые слова: диагностика, хирургическое лечение, гнойные осложнения при ВИЧ-инфекции, СПИДе.

V.M. Timerbulatov, Sh.V. Timerbulatov, V.M. Sibeev, M.V. Timerbulatov
DIAGNOSIS AND TREATMENT TACTICS OF PATIENTS
WITH PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS OF HIV INFECTION

The article presents an overview of Russian and foreign literature on diagnosis, selection of a method for treatment of purulent-septic complications in HIV infection and AIDS. Clinical manifestations of suppurative complications in HIV infection are poorly expressed, atypical and often do not correspond to the severity of the complication, and the revealed changes with additional methods of investigation. It is noted that it is expedient to conduct radiation research methods to detect purulent complications. Important are the laboratory methods of blood testing, characterized by leukopenia (especially leukocytopenia), anemia, thrombocytopenia, aggravating moments are opportunistic infections and comorbid pathology. Leukopenia, thrombocytopenia are also prognostic factors of mortality. In the diagnosis of purulent processes, the leading methods are computed tomography, especially multispiral, magnetic resonance imaging. These methods are characterized by high sensitivity and specificity (90-95%), allow to identify small abscesses (<10 mm), to accurately establish localization, including in 3D measurement and, accordingly, to choose rational and safe methods of puncture and drainage. Questions of surgical tactics in the abscesses of the thoracic and abdominal cavities, retroperitoneal space are discussed in the article.

Key words: diagnostics, surgical treatment, suppurative complications in HIV infection, AIDS.

Диагностика, раннее распознавание, определение тактики и методы лечения больных с гнойно-септическими состояниями при ВИЧ-инфекции до настоящего времени остаются сложной проблемой [1,2].

Число больных с ВИЧ-инфекцией в стационаре скорой помощи с каждым годом увеличивается [2, 3]. В большинстве случаев врачи стационаров не информированы о наличии у больного ВИЧ-инфекции, выраженности иммуносупрессии и вирусной активности [2].

Клинические проявления ВИЧ-инфекции многообразны, так же, как и проявления воспалительных процессов, выявляемых лабораторными и инструментальными методами исследования [4-6]. Получение полной информации о вирусологическом статусе, сопутствующих и вторичных инфекционных поражениях, дополненной лучевыми и другими методами исследования, существенно повышает диагностическую и терапевтическую уверенность врача и эффективность лечения.

Диагностика хирургической патологии у пациентов с прогрессирующими стадиями вируса иммунодефицита (ВИЧ 4-5) – сложный клинический и лабораторный процесс из-за тяжелого коморбидного фона, наличия сопутствующих заболеваний, а также из-за маскировки коморбидной патологии и слабого иммунного ответа [7-10]. В связи с этим даже местный патологический процесс у больных СПИДом на фоне множества оппортунистических инфекций протекает атипично. Особенностью течения хирургической патологии является также несоответствие значительных находок при лучевых методах исследования слабовыраженным клиническим симптомам. Длительное формирование капсулы гнойников приводит к затяжному течению заболевания, а наличие ВИЧ-ассоциированных опухолей к крайнему полиморфизму клинико-диагностических признаков и рентгенологической картины [11]. Кроме того, полиорганные и множественные поражения, склонность к рецидивированию влекут за собой сложности в диагностике гнойно-септических осложнений у больных СПИДом.

Наличие неспецифической картины при коморбидных состояниях, в том числе опухолевых процессах [12], является причиной неадекватного лечения и высокой смертности [13,14], а частота диагностических ошибок достигает 22% [15].

Зачастую хирурги проводят обследование для поиска патологии по своей специальности, а у больных в последующем выявляют внелегочный туберкулез, лимфомы различной локализа-

ции, саркомы кишечника, нередко осложненные перфорацией, рецидивирующей пневмоцистной инфекцией или пневмотораксом, множественными абсцессами легких, средостения, перикарда, септическим эндокардитом.

На продвинутых стадиях ВИЧ-инфекции нарушения иммунной системы могут привести к развитию панцитопении [21]. У больных, не получавших антиретровирусную терапию (АРТ), частота анемии составляет 11,9%, нейтропении (абсолютное количество нейтрофилов <1300 клеток/мл) – 4,3%, тромбоцитопении (количество тромбоцитов <120 тыс/мкл) – 7,2% [22], причем у ВИЧ-инфицированных женщин анемия встречается чаще [23]. При присоединении оппортунистических инфекций частота таких нарушений возрастает в несколько раз.

Механизм развития указанных патологических изменений связан в ВИЧ-инфекцией и другими инфекциями (*Mycobacterium avium intracellulare*, *Mycobacterium tuberculosis*, парвовирус В19, цитомегаловирус, грибковые инфекции), которые подавляют эритропоэз, тромбоцитопоэз, в меньшей степени лейкопоэз посредством инфильтрации костного мозга, высвобождения воспалительных цитокинов и сокращения продукции гемопоэтических факторов роста, а также прямым цитопатическим действием на гемопоэтические клетки-предшественники [24-26].

Одним из механизмов развития анемии является перераспределение железа, которое недостаточно используется для эритропоэза, а депонируется главным образом в виде ферритина [24]. В развитии анемии при воспалении могут иметь значение снижение чувствительности эритроидных клеток к эритропоэтину и уменьшение продолжительности жизни эритроцитов [27]. При некоторых состояниях (саркома Капоши, лимфома ЖКТ, геморрагический гастрит, инфекционные энтероколиты) возникает нарушение обмена или дефицит железа от хронической кровопотери [28]. Дефицит витамина В₁₂ встречается у 30% ВИЧ-инфицированных больных [29].

Мета-анализ данных 10 исследований больных ВИЧ-инфекцией, впервые начинающих АРТ, выявил тесную связь между исходной анемией (до начала АРТ) и смертностью; относительный риск смерти возрастал с 1,42 (95% ДИ: 1,17-1,73) для больных с легкой формой анемии (Hb – 110-130 г/л – у мужчин, 100-120 г/л – у женщин) до 5,26 (95% ДИ: 3,55-7,81) у пациентов с уровнем Hb 80 г/л [30].

Лейкопения является частым следствием ВИЧ-инфекции и развивается у 75% боль-

ных СПИДом. Снижение лейкоцитов может свидетельствовать о поражении как лимфоидного, так и миелоидного ростков крови [31]. В случае СПИДа наиболее часто имеет место лимфопения (75%), нейтропения выявляется у 10-30% больных с ранними клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции и у 50% больных СПИДом [32,33].

Параллельно с нейтропенией обнаружены диспластические изменения миелоидных клеток периферической крови и костного мозга, функциональные дефекты способности гранулоцитов к фагоцитозу и элиминации внутриклеточных микроорганизмов, а также снижение продукции эндогенного гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (ГКСФ) [31].

Тромбоцитопения разной степени (от умеренной до выраженной) может встречаться на любой стадии заболевания и часто бывает ее первым гематологическим проявлением и встречается в 3-8% случаев при бессимптомной ВИЧ-инфекции и в 30-45% – при СПИДе [31]. У больных наблюдаются снижение продолжительности жизни тромбоцитов, изменение цитокинов и факторов роста, а также наличие циркулирующих и связанных с тромбоцитами иммунных комплексов и антитромбоцитарных антител [31]. АРТ способствует восстановлению количества тромбоцитов [27]. Так, на фоне увеличения количества CD4⁺-клеток и низкой вирусной нагрузки количество тромбоцитов повышается через 3 месяца в среднем на 18-45 тыс. клеток/мкл [22,34,35].

Клинические проявления в виде повышенной кровоточивости слизистой рта, носа, половых органов, петехиальных кровоизлияний на коже возникают при снижении количества тромбоцитов <50 тыс/мкл [31]. Тяжелые кровотечения из желудочно-кишечного тракта или кровоизлияния в ЦНС развиваются редко при количестве тромбоцитов менее 30 тыс/мкл и имеющихся дополнительных факторов риска (язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки, артериальная гипертензия и др.) [36].

Наиболее информативным методом лучевой диагностики патологических процессов у ВИЧ-инфицированных больных является спиральная многослойная компьютерная томография (МСКТ), которую рекомендуют выполнять по традиционной методике с болюсным трехфазным усилением [37]. Использование различных реконструкций с элементами виртуального моделирования позволяет осуществлять четкую топическую диагностику гнойного процесса и других патологических изменений органов брюшной полости и за-

брюшинного пространства, их распространенность и связь с другими органами.

Трехмерная реконструкция позволяет получить объемное целостное представление обследуемой области, полученные данные имеют большое значение при планировании хирургического вмешательства, причем МСКТ используют не только при подозрении на наличие хирургической патологии органов брюшной полости, но и в качестве метода активного поиска патологии [37].

Информативным методом исследования брюшной полости и забрюшинного пространства является магнитно-резонансная томография (МРТ), в обязательном порядке с болюсным контрастным усилением препаратами гадолиния, томография в режиме T1-ВИ и T2-ВИ дополняется программами с подавлением сигнала от жировой ткани и диффузионно-взвешенными изображениями. Для выбора хирургической тактики лечения абсцессов печени при подозрении на наличие гепатобилиарных, в том числе подкапсульных свищей печени, применяют гепатоспецифический контрастный препарат.

МСКТ у ВИЧ-инфицированных больных позволяет достоверно выявлять абсцессы легких, в том числе субплевральные, эмпиему плевры, абсцессы средостения, перикардиты.

Пациентам с продвинутыми стадиями ВИЧ-инфекции для диагностики патологии грудной полости принципиально важно выполнять МСКТ, так как дифференцировать мелкие гнойные процессы в легких, особенно в средостении, на фоне тотально встречающейся микст-инфекции даже с использованием цифровой рентгенографии крайне затруднительно [37]. Чувствительность МСКТ, по данным авторов, при гнойной патологии органов грудной полости составляет 99,5%, специфичность – 97,5%. МСКТ рекомендуется выполнять всем пациентам с продвинутыми стадиями ВИЧ-инфекции не только первично при подозрении на наличие воспалительных процессов в брюшной полости, но и для оценки динамики послеоперационного периода и раннего выявления рецидивов воспалительных деструктивных очагов [37]. МСКТ позволяет достоверно (с чувствительностью 96% и специфичностью 82%) оценить объем, характер, локализацию воспалительного экссудата, состояние кишечной стенки, брыжейки, брюшины, мезентериальных лимфоузлов, выявлять не только наличие перфорации кишки, но и уточнить ее локализацию, обнаружить внеорганные абсцессы брюшной полости, включая мелкие межпетельные.

У больных СПИДом абсцессы печени встречаются довольно часто (12,5% случаев всех острых хирургических заболеваний), при этом в половине случаев представляют собой множественные воспалительные очаги, размеры которых могут варьировать от 1 до 5 см, хотя возможности МСКТ при диагностике абсцессов печени ограничены визуализацией гиподенсивной области различной локализации размером более 10 мм.

Абсцессы селезенки у больных с терминальной стадией ВИЧ-инфекции, особенно при генерализации оппортунистической инфекции, наблюдаются практически всегда в виде мелких (до 10-15 мм) множественных (>3) субкапсулярных округлых образований с четко выраженной капсулой. В таких случаях метод МРТ является приоритетным, так как достоверно позволяет дифференцировать инфаркты и абсцессы [37].

Внеорганные абсцессы выявляются в 25% случаев всей хирургической патологии у данной категории больных, размеры абсцессов достигают 5 см (при МСКТ), кроме того, выявляются топическая, в том числе межпечельная локализация абсцессов, их капсула, связь со стенкой кишки, свищи (до 10%) [3]. Часто выявляется тотальное поражение поджелудочной железы [2].

При 4Б и 5 стадиях ВИЧ-инфекции перитониты протекают особенно тяжело, во всех случаях присутствует туберкулезная инфекция в брюшной полости, в 50% случаев наблюдаются монотуберкулезные поражения, в 40% – бактериальная микст-инфекция с наличием туберкулеза, в 10% – микст-патология в брюшной полости при сочетании злокачественной лимфомы и туберкулеза [14,38].

Течение перитонита при ВИЧ-инфекции имеет три варианта [22,37]:

I вариант – больные с асцит-перитонитом с выраженным экссудативным воспалительным процессом в брюшной и грудной полостях, с наличием интраоперационно подтвержденной милиарной диссеминацией брюшины, с тяжелым рецидивирующим затяжным течением. При КТ выявляют большое количество свободной жидкости в брюшной и грудной полостях, при контрастном усилении брюшины брыжейка выглядит неравномерно утолщенной, бугристой за счет милиарной диссеминации, она интенсивно накапливает контрастное вещество в венозную фазу. Петли кишечника резко расширены, содержат большое количество жидкости и газа, стенка тонкой кишки утолщена, определяется скопление жидкости между ее слоями.

Явных признаков перфорации кишечника нет. Морфологически в свободной жидкости, биоптатах брюшины, стенки кишки, лимфоузлах у больных с асцит-перитонитом выявляются микобактерии туберкулеза, спаечный процесс не выражен. Клиническая картина отличается тяжестью состояния в связи с наличием тяжелого сепсиса и явления рецидивирующего полисерозита. У всех пациентов наблюдаются плеврит (эмпиема плевры) и экссудативный перикардит.

II вариант – перитонит на фоне рецидивирующих перфораций кишечника с массивным гнойно-казеозным воспалением брюшины, множественными межпечельными скоплениями экссудата, с наличием внутренних кишечных свищей. Морфологически в содержимом экссудата, биоптатах брюшины, стенки кишки и лимфоузлах – обширная микст-инфекция (грибковая, цитомегаловирусная) с наличием микобактерий туберкулеза, жидкость в брюшной полости визуализируется в виде отграниченных множественных межпечельных скоплений, в том числе определяются и межкишечные свищи.

Тяжесть течения заболевания при данном варианте обусловлена недостаточной эффективностью проводимых лечебных мероприятий на фоне рецидивов воспалительных деструктивных процессов в брюшной полости, повторных перфораций кишечника, формированием свищей. Клинические проявления перитонита могут быть слабо выражены, хотя при лучевых и лабораторных исследованиях выявляются значительные изменения, нередко требуется повторное КТ для поиска дополнительных перфораций кишечника, оценки динамики перитонита.

III вариант – «сухой» отграниченный перитонит с наличием конгломератов увеличенных мезентериальных лимфатических узлов. При КТ выпот в брюшной полости визуализируется в небольшом количестве, чаще осумкован, определяется массивное внеорганное образование, не отделимое от стенки кишки, имитирующее конгломерат мезентериальных лимфоузлов. Во время операции выявляется массивное наложение фибрина по брюшине с распространенной лимфомой брюшной полости и вовлечением в процесс кишечника. Эти данные часто расцениваются как злокачественная лимфома, но при морфологическом исследовании выявляют и микобактерии туберкулеза.

Острая хирургическая патология у больных ВИЧ-инфекцией протекает значительно тяжелее из-за иммунодефицита, оппортунистических и сопутствующих инфекций, особенно

при генерализации коинфекции и наличии неопластических процессов [21, 39-44]. Поэтому трудны не только диагностика, но и выбор тактики и метода лечения. Основные ошибки в лечении острой хирургической патологии у больных с 4Б и 5 стадиями ВИЧ-инфекции (22%) делят на диагностические и тактические в пред- и послеоперационном периодах [15].

Септическая пневмония является наиболее частой патологией у больных ВИЧ-инфекцией [45, 46]. Пациенты с мелкими субплевральными абсцессами легких не нуждаются в хирургическом лечении, особенно если диагностируется сочетанная патология легких на фоне генерализации оппортунистических инфекций (диссеминированный туберкулез, пневмоцистная пневмония, микоз) [47 – 49]. При гидротораксе на фоне сочетанной патологии и генерализации процесса в легких для эвакуации и лабораторного исследования воспалительной жидкости необходимо выполнение торакоцентеза, а при рецидиве гидроторакса – повторной пункции плевральной полости [15]. При наличии крупных абсцессов легких у больных с продвинутыми стадиями ВИЧ-инфекции хорошие результаты лечения получают при бронхиальной санации полостей, деструкции и местном антисептическом лечении даже при наличии оппортунистической инфекции. При хронической эмпиеме плевры и даже при сочетанной патологии легких необходимо хирургическое лечение [50], которое включает в себя торакоцентез с эвакуацией жидкости, хотя полости хронических эмпием ликвидировать крайне сложно. В случае неэффективности наружного дренирования при наличии плотной капсулы и больших размеров полостей ($>1/3$ плевральной полости) необходима торакоскопия с санацией плевральной полости.

Самым радикальным способом лечения хронических эмпием с ликвидацией как полости деструкции, так и ее капсулы является торакотомия, которая выполняется при отсутствии генерализованного туберкулеза в случае наличия рецидивирующих полостей, а также неэффективности лечения двумя предыдущими методами.

Особой тяжестью течения отличаются нагноительные процессы в средостении [15, 47], диагностика которых крайне сложна без МСКТ, чувствительность метода составляет 96%, специфичность 87%. Лечение абсцессов средостения хирургическое даже на фоне генерализации оппортунистических инфекций [11]. Ранняя медиастинотомия (трансколярная, трансторакальная, трансдиафрагмальная)

и ранняя местная антисептическая терапия средостения значительно улучшают эффективность лечения.

Помимо легочной патологии часто встречаются нагноительные процессы в брюшной полости и забрюшинном пространстве.

Абсцессы печени довольно часто встречаются у больных СПИДом [19,47,50]. Гнойные процессы в печени чаще всего отличаются множественностью поражения и довольно крупными размерами полостей деструкции (до 10-15 см). Вне зависимости от генерализации оппортунистических инфекций методом выбора лечения является хирургический – наружное дренирование под КТ-контролем, при его невозможности или неэффективности выполняют лапаротомию и санацию патологического очага. При небольших абсцессах (<3 см) диагностическая ценность МРТ выше, чем МСКТ, особенно с использованием гепатоспецифического контрастного препарата (примовист), в том числе и для выявления гепатобилиарных свищей. Для решения тактических вопросов важно оценивать связь абсцесса с дренирующим протоком, его наличие свидетельствует о благоприятном течении нагноительного процесса. В этом случае хирургическое лечение не требуется.

Абсцессы селезенки чаще всего являются случайной находкой [11,45], поскольку маскируются проявлением генерализованных оппортунистических инфекций. При их визуализации в виде мелких множественных округлых образований на фоне выраженной спленомегалии показана спленэктомия. Если имеется крупная полость деструкции селезенки (>3 см), целесообразно наружное дренирование под контролем КТ, при неэффективности необходима лапаротомия с ликвидацией патологического очага и последующим дренированием.

Абсцессы почек у данных больных отличаются особой тяжестью, обусловленной сочетанной патологией в виде генерализации инфекций и наличия деструктивного процесса, которые могут привести к развитию почечной недостаточности. Хирургическое лечение – малоинвазивное дренирование под КТ-контролем – проводится при отсутствии генерализированных инфекций (туберкулез, пневмоцистная пневмония, токсоплазмоз, микоз и др.).

У больных с внеорганным забрюшинным нагноением тяжесть состояния обусловлена сепсисом и явлениями почечной недостаточности, после стабилизации состояния им вне зависимости от наличия генерализации инфекций проводят дренирование и санацию забрюшинного пространства.

Внеорганные абсцессы при терминальной стадии ВИЧ-инфекции с локализацией в брюшной полости и забрюшинном пространстве – наиболее частая острая хирургическая патология. Абсцессы брюшной полости выявляются в 25-50% случаев [10,11,19], их диагностика может вызывать сложности при наличии сопутствующего асцита. МСКТ с контрастным болюсным усилением позволяет выявлять не только топическую локализацию абсцессов, но и связь с просветом кишки. Довольно часто клиническая картина абсцессов брюшной полости у больных с терминальной стадией ВИЧ-инфекции не соответствует тяжести состояния пациентов. При небольших абсцессах (до 1-3 см) показано миниинвазивное хирургическое лечение (дренирование), при крупных (>3 см) – лапаротомия. Внеорганные забрюшинные абсцессы встречаются реже, чем абсцессы брюшной полости [19, 22], но клинически протекают тяжелее из-за более частой почечной недостаточности. Известно, что у ВИЧ-инфицированных пациентов практически всегда наблюдаются явления сепсиса [38]. У больных с терминальной стадией СПИДа забрюшинные абсцессы устраняют хирургически, проводят санацию и дренирование забрюшинного пространства.

У больных с продвинутыми стадиями ВИЧ наиболее часто (до 70%) в основе развития панкреонекроза лежит туберкулез. При обширном некрозе поджелудочной железы тяжесть состояния обуславливается распространенностью некротического процесса с массивным скоплением воспалительного экссудата в брюшной полости и забрюшинном пространстве. В брюшной полости выявляется генерализованная милиарная паренхиматозная и мезентериальная диссеминации туберкулеза. В таких случаях необходимы программная лапаротомия, активное дренирование и санация брюшной полости. Когда туберкулезное воспаление протекает по типу казеозного некроза, наблюдаются признаки «творожистой» деструкции поджелудочной железы. В таких случаях больным проводят санацию и малоинвазивное дренирование брюшной полости. Реже встречаются токсоплазменный панкреонекроз (до 10-15%) с наличием мелких множественных кистозных образований (цист) в области деструкции или микотическое воспаление поджелудочной железы (до 10-15%) с микроабсцессами и минимальными экссудативными изменениями брюшной полости. В обоих этих случаях больным требуются санация и малоинвазивное дренирование брюшной полости.

Особенно тяжело у ВИЧ-инфицированных больных протекает перитонит, причем при морфологическом исследовании во всех случаях обнаруживается туберкулезная инфекция [51,52]. У больных с асцит-перитонитом тяжесть состояния обусловлена выраженным полисерозитом, полиорганный недостаточностью, сепсисом, в брюшной и грудной полостях выявляется большое количество свободной жидкости. Таким больным показаны программные лапаротомии и повторное дренирование грудной полости. Послеоперационная летальность достигает 40%.

При казеозном воспалении в брюшной полости у больных с продвинутыми стадиями ВИЧ-инфекции имеются коинфекции в содержимом жидкостных скоплений, биоптатах брюшины, стенки кишки и лимфоузлах. Лучевые и лабораторные исследования позволяют получить более четкую картину изменений, клинически слабовыраженных. Рецидивирующие перфорации стенки кишки, формирование внутренних кишечных свищей и межпетельных скоплений воспалительной жидкости обуславливают необходимость в повторном ушивании свищей пищеварительного тракта, а в тяжелых случаях – в выведении энтеро- и колостом (12,5%), санации и дренирования брюшной полости. Послеоперационная летальность при данных вмешательствах достигает 25% [53].

У больных с сочетанной патологией брюшной полости на фоне генерализации опухолечного процесса (злокачественной лимфомы) явления перитонита выражены слабо и зачастую диагностируются интраоперационно. Хирургическое вмешательство в этом случае выполняется экстренно на фоне прорастания опухоли стенок кишечника и развития кишечной непроходимости в объеме паллиативной коло- или энтеростомы и малоинвазивного дренирования брюшной полости. При морфологическом исследовании микобактерии туберкулеза в брюшине, лимфоузлах, экссудате высеваются в 20% случаев.

Таким образом, гнойно-септические осложнения при ВИЧ-инфекции и СПИДе встречаются часто, характеризуются атипичностью течения, клинические симптомы слабо выражены и не соответствуют тяжести патологических процессов и результатам дополнительных инструментальных методов исследования. Кроме того, для них характерны сопутствующие оппортунистические инфекции, что также создает сложности в их лечении. Хирургические вмешательства зачастую характеризуются высокой травматичностью, должны проводиться своевременно и быть направлены

на радикальное устранение абсцессов, которые нередко являются источником развития сепсиса у данной категории больных.

Работа выполнена при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (грант №17-04-020385)

Сведения об авторах статьи:

Тимербулатов Виль Мамилевич – д.м.н., профессор, член-корр. РАН, зав. кафедрой хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: timervil@yandex.ru.

Тимербулатов Шамиль Вилевич – д.м.н., профессор кафедры хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)255-54-57. E-mail: timersh@yandex.ru.

Сибяев Вазир Мазгутович – д.м.н., профессор кафедры хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)255-54-57.

Тимербулатов Махмуд Вилевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Обоснование, задачи и реализация междисциплинарной подготовки в области социально значимых инфекций / С.Ф. Багненко [и др.] // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2014. – № 21(2). – С. 10-17.
2. Результаты десятилетнего выявления ВИЧ-инфекции в стационаре скорой медицинской помощи / Н.А. Беляков [и др.] // Медицинский академический журнал. – 2014. – Т. 14, № 2. – С. 48-54.
3. Структура обращений ВИЧ-инфицированных больных в стационар скорой помощи / С.Ф. Багненко [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2011. – Т. 3, №3. – С. 81-87.
4. Леонова, О.Н. Тяжелые и коморбидные состояния у больных с ВИЧ-инфекцией: анализ неблагоприятных исходов / О.Н. Леонова, Е.В. Степанова, Н.А. Беляков // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2017. – Т. 9, №1. – С. 55-64.
5. Частота и характер онкологических заболеваний у больных с ВИЧ-инфекцией до и на фоне применения высокоактивной антиретровирусной терапии / В.В. Рассохин [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2012. – Т. 4, № 4. – С. 34-43.
6. Трофимова, Т.Н. Многоликая нейрорадиология ВИЧ-инфекции / Т.Н. Трофимова, Н.А. Беляков // Лучевая диагностика и терапия. – 2010. – Т. 1, № 3. – С. 3-11.
7. Вирус иммунодефицита человека – медицина / под ред. Н.А. Белякова, А.Г. Рахмановой. – СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2010. – 752 с.
8. Коморбидные и тяжелые формы ВИЧ-инфекции в России / Н.А. Беляков [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2016. – Т. 3, № 8. – С. 9-25.
9. Леви Дж. Э. ВИЧ и патогенез СПИДа / под ред. Г.А. Игнатьевой. – М.: Научный мир, 2010 – 736 с.
10. Савельева, Т.В. Особенности абдоминальной патологии у ВИЧ-инфицированных с клинической картиной «острого живота» – возможности лучевых методов диагностики (МСКТ и МРТ) / Т.В. Савельева, Т.Н. Трофимова, Д.М. Гинзберг // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2011. – Т. 2, № 3. – С. 31-36.
11. Каримов, И.Р. Гнойно-воспалительные и септические поражения у ВИЧ-инфицированных наркозависимых лиц как факторы и показатели прогрессии ВИЧ-инфекции [Электронный ресурс] / И.Р. Каримов, Л.М. Киселева, Ю.И. Буланьков // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6: URL: <http://www.science-education.ru/106-7678> (дата обращения: 07.12.2016).
12. Ruiz-Navarro, M.D. Effects of HIV status and other variables on the outcome of tuberculosis treatment in Spain; Grupo de Trabajo del PMIT-2 / M.D. Ruiz-Navarro, J.A. Espinosa, M.J. Hernández // Arch. Bronconeumol. – 2005. – Vol. 41, N 7. – P. 363-370.
13. Development of opportunistic infections after diagnosis of active tuberculosis in HIV-infected patients / A. Kwara [et al.] // AIDS Patient Care STDS. – 2004. – Vol. 18, N 6. – P. 341-347.
14. Алексеева Л.П. Особенности выявления, клинического течения и лечения больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией: автореф. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 43 с.
15. Блувштейн, Г.А. Клинико-морфологические аспекты хирургических ошибок и осложнений у больных ВИЧ/СПИД / Г.А. Блувштейн, С.А. Мозеров, А.А. Кулаков // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2010. – Т. 4, № 16. – С. 61-72.
16. Рассохин, В.В. ВИЧ-инфекция и саркома Капоши / В.В. Рассохин // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2015. – Т. 4, № 4. – С. 7-18.
17. Рассохин, В.В. Злокачественные опухоли при ВИЧ-инфекции. Эпидемиология, патогенез, формы опухолей. Ч. 1 / В.В. Рассохин, А.В. Некрасова, Н.Б. Михайлова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2017. – Т. 9, № 1. – С. 7-21.
18. Chinoy, R. F. Intractable diarrhea and melena in an AIDS patient / R. F. Chinoy, S. A. Pradhan // Ind. J. Gastroenterol. – 1990. – Vol. 9, N 2. – P. 159-160.
19. Major abdominal operations in acquired immunodeficiency syndrome / D. J. Dezel [et al.] // Ann. Surg. – 1990. – Vol. 56, N 7. – P. 445-450.
20. Scoazec, J. Y. Non-Hodgkin's lymphoma presenting as a primary tumor of the liver: presentation, diagnosis and outcome in eight patients / J. Y. Scoazec, C. Degott, N. Brousse // Hepatology. – 1991. – Vol.13, N 5. – P. 870-875.
21. Хоффман, К. Лечение ВИЧ-инфекции 2011 / К. Хоффман, Ю.К. Рокштро. – М.: Р. Валент, 2012. – 736 с.
22. Бартлетт, Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галлант, П. Фам. – М.: Валент, 2012. – 528 с.
23. Semba, R.D. Prevalence and cumulative incidence of and risk factors for anemia in a multicenter cohort study of human immunodeficiency virus-infected and -uninfected women / R.D. Semba, N. Shah, R.S. Klein // Clin. Infect. Dis. – 2002. – Vol. 34, № 2. – P. 260-266.
24. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней / А.В. Виноградов. – М.: Медицина, 1980. – 816 с.
25. Moses, A.V. Human immunodeficiency virus infection of bone marrow endothelium reduces induction of stromal hematopoietic growth factors / A.V. Moses, S. Williams, M.L. Heneveld // Blood. – 1996. – Vol. 87, N 3. – P. 919-925.
26. Tumor necrosis factor (TNF) is a physiologic regulator of hematopoietic progenitor cells: increase of early hematopoietic progenitor cells in TNF receptor p55-deficient mice in vivo and potent inhibition of progenitor cell proliferation by TNF alpha in vitro / Y. Zhang [et al.] // Blood. – 1995. – Vol. 86, № 8. – P. 2930-2937.
27. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство / под ред. В.В. Покровского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 608 с.
28. Scadden D.T. Pathophysiology and management of HIV-associated hematologic disorders / D.T. Scadden, L.I. Zon, J.E. Groopman // Blood. – 1989. – Vol. 74, № 5. – P. 1455-1463.
29. Remacha, A.F. Cobalamin deficiency in patients infected with the human immunodeficiency virus / A.F. Remacha, J. Cadafalch // Semin. Hematol. – 1999. – Vol. 36, № 1. – P. 75-87.
30. Harris, R.J. Prognostic importance of anaemia in HIV type-1-infected patients starting antiretroviral therapy: collaborative analysis of prospective cohort studies / R.J. Harris, J.A. Sterne, S. Abgrall // Antivir. Ther. – 2008. – Vol. 13, № 8. – P. 959-967.
31. Шиффман Ф. Дж. Патология физиологии крови. – М.; СПб.: БИНОМ; Невский диалект, 2000. – 448 с.
32. Fangman, J.J. Anemia in HIV-infected adults: epidemiology, pathogenesis, and clinical management / J.J. Fangman, D.T. Scadden // Curr. Hematol. Rep. – 2005. – Vol. 4, № 2. – P. 95-102.

33. Исследование системы крови в клинической практике / под ред. Г.И. Козинца, В.А. Макарова. – М.: Триада-Х, 1997. – 480 с.
34. Arranz Caso, J.A. Effect of highly active antiretroviral therapy on thrombocytopenia in patients with HIV infection / J.A. Arranz Caso, C.S. Mingo, J.G. Tena // N. Engl. J. Med. – 1999. – № 341. – P. 1239-1240.
35. Reversal of human immunodeficiency virus type 1-associated hematosuppression by effective antiretroviral therapy / S.S. Huang [et al.] // Clin. Infect. Dis. – 2000. – № 30. – P. 504-510.
36. Idiopathic thrombocytopenic purpura: A practice guideline developed by explicit methods for the American Society of Hematology / J.N. George [et al.] // Blood. – 1996. – № 88. – P. 3-40.
37. Трофимова Т.Н. Радиология и ВИЧ-инфекция / Т.Н. Трофимова, Н.А. Беляков, В.В. Россихин. – СПб.: Балтийский медицинский центр, 2017. – 352 с.
38. Пантелеев, А.М. Внелегочный туберкулез у ВИЧ-инфицированных / А.М. Пантелеев, Т.А. Савина, Т.Ю. Супрун // Проблемы туберкулеза. – 2007. – № 7. – С. 16-19.
39. Sturt, A. Aspergillosis and HIV / A. Sturt, J.A. Aberg // HIV InSite knowledge base chapter. January, 2006.
40. Ермак, Т.Н. Оппортунистические (вторичные) заболевания у детей ВИЧ-инфекцией: структура, клиническая диагностика, лечение. Ч. 1. Туберкулез. Пневмоцистная пневмония / Т.Н. Ермак // Фарматека. – 2010. – № 4. – С. 54-56.
41. Особенности течения туберкулеза в сочетании с другими вторичными заболеваниями у больных с ВИЧ-инфекцией / В.Н. Зиминова [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2011. – Т. 3, № 3. – С. 45-51.
42. Пархоменко, Ю.Г. Пато- и морфогенез цитомегаловирусного поражения легких при ВИЧ-инфекции / Ю.Г. Пархоменко, О.А. Дишкевич, В.И. Шахгильдян // Архив патологии. – 2004. – Т. 66, № 4. – С. 20-23.
43. Диагностика пневмоцистной пневмонии у больных ВИЧ-инфекцией / Э.Р. Самитова [и др.] // Инфекционные болезни. – 2010. – Т. 5, № 4. – С. 66-68.
44. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 784-796.
45. Huang L, Crothers K. HIV-associated opportunistic pneumonias / L. Huang, K. Crothers // Respiriology. – 2009. – № 14. – P. 474-485.
46. Легочная патология у больных ВИЧ-инфекцией / Т.Е. Васильева [и др.] // Терапевтический архив. – 2007. – № 11. – С. 31-35.
47. Crothers K. Pulmonary complications of immune reconstitution inflammatory syndromes in HIV-infected patients / K. Crothers, L. Huang // Section of Pulmonary and Critical Care Medicine, Department of Internal Medicine. – Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut, USA. – 2009. – Vol. 18. – P. 1.
48. Корнилова, З.Х. Туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией / З.Х. Корнилова, И.В. Луконина, Л.П. Алексеева // Туберкулез и болезни легких. – 2010. – № 3. – С. 3-9.
49. Случай сочетания пневмоцистной пневмонии с диссеминированным туберкулезом легких у больного ВИЧ-инфекцией / Э.Р. Самитова [и др.] // Вестник РУДН. – 2006. – № 1. – С. 81-83.
50. HIV-associated lung infections and complications in the era of combination antiretroviral therapy / K. Crothers [et al.] // Lung HIV Study. Division of Pulmonary and Critical Care, Department of Internal Medicine, University of Washington. Seattle, Washington, USA. – 2011. – Vol. 19.
51. Бабаева, И.Ю. Рентгенологические особенности диссеминированного туберкулеза легких на поздних стадиях ВИЧ-инфекции / И.Ю. Бабаева, О.П. Фролова, О.В. Демикова // Проблемы туберкулеза. – 2006. – № 10. – С. 20-25.
52. Тяжелое поражение кишечника при генерализованном туберкулезе у больных в стадии СПИДа / И.И. Данцинг [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2013. – Т. 5, № 3. – С. 59-62.
53. Скопин, М.С. Распространенность туберкулеза органов брюшной полости и особенности его выявления / М.С. Скопин, Ф.А. Батыров, З.Х. Корнилова // Проблемы туберкулеза. – 2007. – № 1. – С. 22-26.

УДК 616.5-005

© Коллектив авторов, 2017

Н.М. Рахматуллина, Г.З. Гарифуллина, Н.А. Сибгатуллина,
Д.Г. Ахмедзянова, Г.Н. Закирова, О.Р. Трофимова

РОЗАЦЕА

*Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, г. Казань
ГАОУ «Городская клиническая больница №7», г. Казань*

За последние десятилетия проблема распространенности и лечения розацеа возросла. В настоящее время считается, что ведущая роль в развитии этого заболевания отводится ангионеврозу с преимущественным поражением сосудов лица как проявлению вегетососудистой дистонии. Согласно данным литературы, на эффективность терапии розацеа влияют давность процесса, тяжесть заболевания и наличие сопутствующей патологии. Системная терапия розацеа включает в себя назначения антибактериальных препаратов и ретиноидов.

Ключевые слова: розацеа, антиген, вульгарные угри, роаккутан.

N.M. Rakhmatullina, G.Z. Garifullina, N.A. Sibgatullina,
D.G. Akhmedzyanova, G.N. Zakirova, O.R. Trofimova

ROSACEA

The problem of rosacea prevalence and treatment has increased over the last few decades. Currently, it is believed that the leading role in the disease development is given to angioedema with the primary lesion of the face vessels as the manifestation of vegetative dystonia. According to the available literature data the rosacea therapy effectiveness depends on the duration of the process, the severity of the disease and the concomitant pathology. Systemic rosacea therapy includes prescription of antibacterial drugs and retinoids.

Key words: rosacea, antigen, acne vulgaris, roaccutane.

Розацеа – хроническое рецидивирующее заболевание полиэтиологической природы со стадийным течением, проявляющееся хроническим воспалительным заболеванием

кожи лица с развитием эритемы, телеангиэктазий, папул, пустул, поражением глаз, век и формированием ринофимы. Встречается преимущественно у лиц старше 30 лет. Основной