

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО ПЕРИТОНИТА
У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙА.П. Фаллер^{1,2}, А.В. Курносов¹¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Инфекционная клиническая больница № 2»
Департамента здравоохранения города Москвы, Россия² Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет
(РОСБИОТЕХ)», Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Введение. Клиническая картина острого перитонита у ВИЧ-положительных пациентов имеет свои специфические особенности и отличается стертым и многоплановым характером, что значительно затрудняет диагностику данного заболевания.

Цель. Выявление особенностей и специфики клинической картины острого перитонита у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Проведен анализ литературных данных, по окончании которого было выбрано три синдрома, максимально включавшие в себя известные симптомы острого перитонита: синдром абдоминальной боли, синдром кишечной недостаточности и синдром системного воспалительного ответа (ССВО). В исследование включено 158 пациентов с ВИЧ-инфекцией, у которых установлен предварительный диагноз «острый перитонит». Всем пациентам выполнялась диагностическая лапароскопия, по результатам которой они разделены на основную и контрольную группы. В основную группу отобрано 83 пациента, у которых диагноз острого перитонита подтвердился. В контрольную группу вошло 75 пациентов, у которых диагноз острого перитонита не подтвердился. Проведен анализ симптомов острого перитонита у ВИЧ-инфицированных пациентов в рамках отдельных синдромов и при их сочетании.

Результаты. В основной группе синдром абдоминальной боли встречался у 20,5% пациентов, синдром кишечной недостаточности выявлен у 59% пациентов, а ССВО — у 61,4% пациентов. В контрольной группе получены следующие результаты: синдром абдоминальной боли — 14,7% пациентов, синдром кишечной недостаточности — 48% пациентов, ССВО — 33,3% пациентов. В исследовании показано, что сочетание «классических» критериев острого перитонита встречается у небольшого количества ВИЧ-инфицированных пациентов с острым перитонитом, и не всегда является абсолютными признаками диагноза. Также отмечено, что наличие острого перитонита у пациентов с ВИЧ-инфекцией возможно и при отсутствии всех «классических» критериев этого заболевания.

Выводы. Клиническая картина острого перитонита у ВИЧ-инфицированных пациентов нетипична, характеризуется слабой выраженностью или отсутствием «классических» симптомов, маскируется проявлением оппортунистических инфекций и ВИЧ-индикативных заболеваний и требует дальнейшего изучения для совершенствования диагностики и лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: перитонит, ВИЧ-инфекция

КОРРЕСПОНДЕНЦИЯ: Курносов Алексей Викторович, e-mail: dr-kurnosov@mail.ru

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Фаллер А.П., Курносов А.В. Особенности клинической картины острого перитонита у пациентов с вич-инфекцией // Вестник Медицинского института непрерывного образования. — 2024. — Т. 4. — № 3. — С. 92–100. — DOI 10.36107/2782-1714_2024-4-3-92-100.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ: Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: Авторы декларируют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОСТУПНОСТИ ДАННЫХ: Данные текущего исследования можно получить по обоснованному запросу у корреспондирующего автора.

FEATURES OF THE CLINICAL PICTURE OF ACUTE PERITONITIS IN HIV-INFECTED PATIENTS

A.P. Faller^{1,2}, A.V. Kurnosov¹

¹ Infectious Diseases Clinical Hospital No. 2 of the Moscow City Healthcare Department, Russia

² Medical Institute of Continuing Education, Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Moscow, Russia

ABSTRACT

Background. The clinical picture of acute peritonitis in HIV-positive patients has its own specific features and is characterized by a blurred and multifaceted character, which significantly complicates the diagnosis of this disease.

Purpose. To identify the features and specifics of the clinical picture of acute peritonitis in patients with HIV infection.

Materials and methods. An analysis of the literature data was carried out, based on the outcome of which three syndromes were selected, which maximally included the known symptoms of acute peritonitis: abdominal pain syndrome, intestinal insufficiency syndrome and systemic inflammatory response syndrome (SIRS). The study included 158 patients with HIV infection who had a preliminary diagnosis of acute peritonitis. All patients underwent diagnostic laparoscopy, according to the results of which they were divided into the main and control groups. In the main group, 83 patients with a confirmed diagnosis of acute peritonitis were selected. The control group included 75 patients whose diagnosis of acute peritonitis was not confirmed. The analysis of the symptoms of acute peritonitis in HIV-infected patients was carried out within the framework of individual syndromes and their combination.

Results. In the main group, abdominal pain syndrome was found in 20.5% of the patients, intestinal insufficiency syndrome was detected in 59%, and SIRS — in 61.4%. The following results were obtained in the control group: abdominal pain syndrome — 14.7% of the patients, intestinal insufficiency syndrome — 48%, SIRS — 33.3%. The study shows that a combination of “classic” criteria for acute peritonitis occurs in a small number of HIV-infected patients with acute peritonitis and is not always an absolute sign of the diagnosis. It was also noted that the presence of acute peritonitis in patients with HIV infection is possible even in the absence of all the “classic” criteria for this disease.

Conclusion. The clinical picture of acute peritonitis in HIV-infected patients is atypical, characterized by mild or no “classic” symptoms, masked by the manifestation of opportunistic infections and HIV-indicative diseases, and requires further study to improve diagnosis and treatment.

KEYWORDS: peritonitis, HIV-infection

CORRESPONDENCE: Aleksei V. Kurnosov, e-mail: dr-kurnosov@mail.ru

FOR CITATIONS: Faller A.P., Kurnosov A.V. Features of the Clinical Picture of Acute Peritonitis in HIV-infected patients // Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education — 2024. — V. 4. — No. 3. — P. 92–100. — DOI 10.36107/2782-1714_2024-4-3-92-100.

FUNDING SOURCE: The authors declare no funding for the study.

DECLARATION OF COMPETING INTEREST: The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

DATA AVAILABILITY STATEMENT: Data from the current study are available from the corresponding author upon reasonable request.

ВВЕДЕНИЕ

Перитонит остается наиболее сложной проблемой в хирургии, актуальность которой не снижается, несмотря на несомненные успехи клинической медицины, а летальность при данном заболевании остается одной из самых высоких среди ургентной абдоминальной патологии и колеблется от 30% до 40%, а при наиболее тяжелых формах достигает 70% [1].

Проанализировав большое количество изданий, посвященных острому перитониту, мы заметили, что многие авторы уделяют значительное внимание классификации, патогенезу, шкалам оценки тяжести и лечению заболевания, оставляя клинической картине заболевания две-три строчки, считая, что симптомы острого перитонита всем известны [1–4]. Научные работы, в которых авторы косвенно затронули проблему

острого перитонита у людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), посвящены другим нозологиям (абдоминальному туберкулезу [5, 6], терминальной стадии почечной недостаточности [7], гнойно-септическим заболеваниям различных локализаций [8]) или хирургической патологии в целом [9]. В этих работах отмечено, что, несмотря на известные симптомы острого перитонита, течение последнего у ЛЖВ имеет стертый и многоплановый характер, а его диагностика затруднительна и замаскирована наличием оппортунистических инфекций и неопластическими процессами, характерными для поздних стадий ВИЧ-инфекции, что подтверждает анализ аутопсий, проведенный в исследовании Пархоменко Ю.Г. и др. (2003). Авторы отмечают наличие широкого спектра различных заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов, в структуре которых ведущие места занимают туберкулез, ЦМВ-инфекция, саркома Капоши, токсоплазмоз, лимфопролиферативные заболевания [10]. Публикаций, где изучены особенности клинической картины острого перитонита у пациентов с ВИЧ-инфекцией, мы не встретили. Следует напомнить, что ВИЧ-инфекция является одной из основных причин смерти от инфекционных заболеваний, а за последние годы в России она вышла за пределы уязвимых групп населения и активно распространяется в популяции. Применение эффективной антиретровирусной терапии приводит к уменьшению смертности и, соответственно, увеличивается число ЛЖВ [11]. Несомненно, рост числа ЛЖВ, увеличение количества случаев перитонита у этой категории пациентов, определенные сложности диагностики данной патологии определяют необходимость изучения клинической картины острого перитонита у ЛЖВ.

Целью нашего исследования стало выявление особенностей и специфики клинической картины острого перитонита у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2014 по 2023 год в хирургическом отделении ГБУЗ ИКБ№2 ДЗМ проведено исследование для оценки особенностей клинической картины острого перитонита у ЛЖВ. Вначале исследования выполнен анализ литературных данных, по окончании которого было выбрано три синдрома, максимально включавшие в себя известные симптомы острого перитонита: синдром абдоминальной боли, синдром кишечной недостаточности и синдром системного воспалительного ответа (ССВО). В исследование включено 158 пациентов с ВИЧ-инфекцией, у которых установлен предварительный диагноз «острый перитонит». Всем пациентам выполнялась диагностическая лапароскопия, по результатам которой они были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу отобрано 83 пациента с подтвержденным диагнозом острого перитонита, и им был выполнен необходимый хирургический объем и санация брюшной полости. В контрольную группу вошло 75 пациентов, диагноз остро-

го перитонита у которых не подтвердился, и операция завершена в объеме диагностической лапароскопии/лапаротомии. Средний возраст пациентов основной группы — $41,3 \pm 7,6$ года, 45 мужчин (54,2%) и 38 женщин (45,8%). В контрольной группе средний возраст составил $38,8 \pm 7,7$ года, 40 мужчин (53,3%) и 35 женщин (46,7%). Статистически значимых различий по полу и возрасту между основной и контрольной группами выявлено не было. По стадиям ВИЧ-инфекции пациенты распределились следующим образом: 3 ст. — 6 человек (7,2%) в основной и 16 человек (21,3%) в контрольной группе, 4А ст. — 17 (20,5%) и 14 (18,7%), 4Б ст. — 19 (22,9%) и 10 (13,3%), 4В ст. — 41 (49,4%) и 35 (46,7%).

Характеристика пациентов основной и контрольной групп представлена в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика пациентов

	Основная группа	Контрольная группа
Количество пациентов, n	83	75
Пол, n (%)		
Женщины	38 (45,8)	35 (46,7%)
Мужчины	45 (54,2)	40 (53,3%)
Возраст, лет	$41,3 \pm 7,6$ 40,5 [37;44,5]	$38,8 \pm 7,7$ 38,0 [32,5;43,0]
Стадии ВИЧ-инфекции		
3	6	16
4А	17	14
4Б	19	10
4В	41	35
Распространенность перитонита:		
Диффузный	14	
Разлитой	69	

В рамках протокола исследования всем пациентам перед хирургическим вмешательством при распросе о жалобах и объективном осмотре определялось наличие или отсутствие синдрома абдоминальной боли, синдрома кишечной недостаточности и синдрома воспалительного ответа (ССВО).

Для удобства оценки и обработки результатов исследования боль в животе, напряжение мышц передней брюшной стенки и наличие положительных симптомов раздражения брюшины были объединены в единый симптомокомплекс, который был назван «синдром абдоминальной боли». Интенсивность боли оценивали по 10-бальной визуально-аналоговой шкале (ВАШ), боль в 7 и более баллов считалась интенсивной. Наличие или отсутствие напряжения мышц передней брюшной стенки определялось пальпаторно. Наличие или отсутствие симптомов раздражения брюшины определялось при помощи симптомов Менделя, Воскресенского и Щеткина-Блюмберга. При наличии двух или более симптомов синдром абдоминальной боли считался положительным.

Синдром кишечной недостаточности оценивался по трем параметрам: наличие или отсутствие рвоты, вздутия живота, задержки стула и/или газов. При на-

личии хотя бы одного критерия мы считали, что у пациента есть признаки кишечной недостаточности.

ССВО оценивался по общепринятым четырем критериям: температура тела более 38 °С или менее 36 °С, частота сердечных сокращений более 90 ударов в 1 минуту, частота дыханий более 20 в 1 минуту и повышение количества лейкоцитов периферической крови свыше $12 \times 10^9/\text{л}$ или их снижение менее $4 \times 10^9/\text{л}$. Измерение температуры тела проводили электронным бесконтактным инфракрасным термометром CEM DT-8836. Подсчет лейкоцитов производили с помощью гематологического анализатора BeckmanCoulter DxH800. Подсчет частоты сердечных сокращений и частоты дыханий проводили при помощи прикроватного монитора Philips Efficia CM 120. При сочетании двух и более критериев диагноз ССВО считался правомочным.

Данные о пациентах были внесены в таблицу Excel. Статистическая обработка и графическое представление материалов выполнялись при помощи компьютерных программ SPSS Statistics 23.0, Graph Pad Prism 6.00 для Windows. Для сравнения средних величин был применен непарный t-тест с поправкой Стьюдента для малых выборок. Для сравнения медиан использовали тест Манн-Уитни. Различия признавали статистически значимыми при $P < 0,05$ [12].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты проведенного исследования внесены в таблицы 1–4, а также представлены в графическом виде рисунками 1–4.

В проведенном исследовании было выявлено, что интенсивность боли в основной группе в среднем составила 5,1 балла по ВАШ и 5,0 балла по ВАШ в контрольной группе. Как видно из таблицы 2 и рисунка 1, интенсивная боль (боль силой в 7 и более баллов по ВАШ) наблюдалась у 20 пациентов (24,1%) основной группы и у 17 пациентов (22,7%) контрольной группы.

Напряжение мышц передней брюшной стенки отмечено у 55 пациентов (66,3%) основной группы и у 41 в контрольной (54,7%), а положительные симптомы раздражения брюшины — у 32 (38,6%) и 20 (26,7%) соответственно. Сочетание двух и более симптомов зафиксировано у 17 пациентов основной группы, что составило 20,5%, а в контрольной группе таких пациентов было 11 (14,6%).

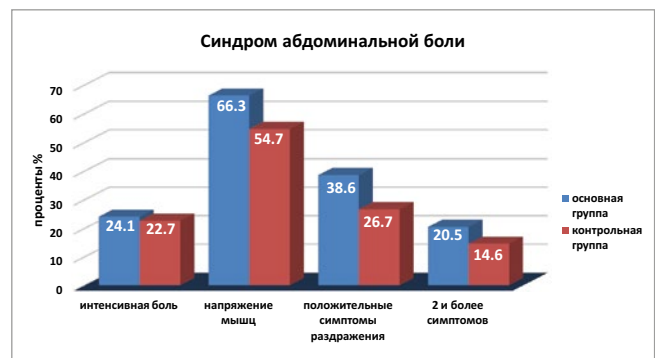


Рис. 1. Сравнение симптомов абдоминальной боли у пациентов основной и контрольной групп



Рис. 2. Сравнение симптомов кишечной недостаточности у пациентов основной и контрольной групп

Таблица 2. Значения исследуемых параметров по группам

Синдромы	Основная группа n=83		Контрольная группа n=75	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Синдром абдоминальной боли				
· Интенсивная боль (≥ 7 баллов)	20	24,1	17	22,7
· Напряжение мышц живота	55	66,3	41	54,7
· Положительные симптомы раздражения брюшины	32	38,6	20	26,7
· Наличие 2х и более симптомов	17	20,5	11	14,7
Синдром кишечной недостаточности				
· Рвота	14	16,9	24	32
· Вздутие живота	39	47	14	18,7
· Задержка стула и газов	19	22,9	14	18,7
· Наличие одного из симптомов	49	59	36	48
Синдром системного воспалительного ответа				
· Температура тела $\geq 38^\circ\text{C}$ или $\leq 36^\circ\text{C}$	7	8,4	7	9,3
· ЧСС ≥ 90 в 1 минуту	59	71,1	46	61,3
· ЧД ≥ 20 в 1 минуту	29	24,1	6	8
· Лейкоциты $\geq 12 \times 10^9/\text{л}$ или $\leq 4 \times 10^9/\text{л}$	41	49,4	36	48
· Наличие 2-х и более критериев	51	61,4	25	33,3
Сочетание всех синдромов	7	8,4	7	9,3

При сравнении показателей синдрома кишечной недостаточности (таблица 2, рисунок 2) получены следующие результаты: рвота отмечалась у 14 пациентов основной группы (16,9%) и у 24 пациентов контрольной группы (32%); вздутие живота зафиксировано у 39 (47%) и 14 (18,7%) пациентов соответствующих групп; задержка стула и газов наблюдалась в 22,9% случаев (19 пациентов) в основной группе и в 18,7% случаев в контрольной (14 пациентов). Таким образом, синдром кишечной недостаточности (наличие хотя бы одного симптома) выявлен у 49 пациентов основной группы и у 36 пациентов контрольной группы (59% и 48% соответственно).

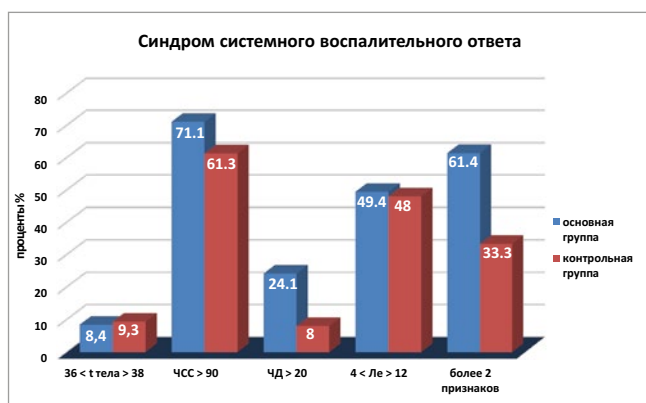


Рис. 3. Сравнение признаков ССВО у пациентов основной и контрольной групп

Необходимые критерии для выявления ССВО представлены в таблице 2 и на рисунке 3. Температура тела более 38 °С и менее 36 °С наблюдалась у 7 пациентов основной группы (8,4%) и у 7 пациентов контрольной группы (9,3%). При подсчете ЧСС тахикардия наблюдалась у 59 пациентов основной группы (71,1%) и у 46 пациентов контрольной (61,3%), а ЧД более 20 отмечалась у 29 (24,1%) пациентов и у 6 (8%) пациентов соответствующих групп. Повышение лейкоцитов более $12 \times 10^9/\text{л}$ или их снижение менее $4 \times 10^9/\text{л}$ выявлено у 41 пациента в основной группе и у 36 пациентов в контрольной, что составило 49,4% и 48% соответственно. Сочетание двух и более критериев, то есть наличие ССВО, было выявлено у 51 пациента основной группы (61,4%) и у 25 пациентов контрольной группы (33,3%).



Рис. 4. Сравнение признаков перитонита у пациентов основной и контрольной групп

Собрав воедино все основные синдромы перитонита, мы получили следующие результаты (таблица 2, рисунок 4). Сочетание всех синдромов выявлено всего у 7 пациентов (8,4%). Примечательно, что и в контрольной группе выявлены пациенты с сочетанием всех синдромов (7 человек, 9,3%).

Мы считаем, что данную статью необходимо дополнить некоторыми параметрами, которые не вошли в исследование, но необходимы для полноты клинической картины. Данные параметры представлены в виде таблиц 3–6.

Таблица 3. Оппортунистические и сопутствующие заболевания

Заболевания	Основная группа n=83		Контрольная группа n=75	
	Кол-во	%	Кол-во	%
ХВГС	52	62,7	46	61,3
Наркомания (из них активная)	42 (17)	50,6 (20,5)	44 (17)	58,7 (22,7)
ЦМВИ	21	25,3	13	17,3
Цирроз печени	13	15,7	10	13,3
Туберкулез (абдоминальный туберкулез)	12 (9)	14,5 (10,8)	1	1,3
Онкология ВИЧ (РШМ, саркома Капоши, ЛПЗ)	10	12	3	4
Алкоголизм	3	3,6	9	12
МАС-инфекция	0	0	7	9,3
Другие опухоли	3	3,6	2	2,7

Таблица 4. Причины перитонита в основной группе

Причины перитонита	Кол-во человек	%
Перфорация полого органа	38	45,8
· Гастродуоденальные язвы	18	21,7
· Нетравматическая перфорация кишки	11	13,3
· Туберкулез, перфорация кишки	5	6
· ЛПЗ, перфорация кишки	4	4,8
Первичный (из них ТВС)	13 (4)	15,7 (4,8)
Абсцесс с прорывом в брюшную полость	7	8,4
Панкреатит с гнойными осложнениями	7	8,4
Аппендицит	3	3,6
Другие (травма, холецистит, гинекология и пр.)	15	18,1

Таблица 5. Причины болей в животе в контрольной группе

Причины болей в животе	Кол-во человек	%
Гастрозентерит	17	22,7
Лимфоаденопатия ВБЛУ	13	17,3
· МАС-инфекция	7	9,3
· Туберкулез	1	1,3
· ЛПЗ	1	1,3
Цирроз печени, асцит	13	17,3
Гинекология	10	13,3
Отечный панкреатит	6	8
Дорсопатия	4	5,3
Другие (язва ДПК, острый пиелонефрит, ЦМВ-колит, канцероматоз брюшины)	12	16

Таблица 6. Время госпитализации от начала болей в животе

Время	Основная группа n=83		Контрольная группа n=75	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Менее 6 часов	5	6	3	4
6-24 часа	16	19,3	14	18,7
Более 24 часов (из них >72 часов)	62 (25)	74,7 (30,1)	58 (14)	77,3 (18,7)

ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на очевидность симптомов острого перитонита и кажущуюся простоту постановки этого диагноза, мы испытали некоторые трудности в выработке алгоритма статистической обработки полученных результатов. Так, во всех изученных нами отечественных и зарубежных научных публикациях описание конкретных симптомов перитонита несколько размыто и скрывается за общими фразами, такими как: «симптомы основного заболевания», «симптомы воспаления брюшины», «клиническая картина зависит от причины перитонита, степени распространенности и стадии течения» и пр. [1–4] И все же, все авторы научных статей и монографий отмечают, что интенсивная боль в животе, напряжение мышц передней брюшной стенки и положительные симптомы раздражения брюшины присутствуют в большинстве описанных случаев. Также все авторы согласны с наличием при перитоните синдрома кишечной недостаточности и ССВО. И если по ССВО имеется достаточно сведений, то статистические данные относительно интенсивности боли в животе, частоты встречаемости напряжения мышц передней брюшной стенки, положительных симптомов раздражения брюшины и симптомов кишечной недостаточности оказались единичными. А исследований и статистических данных по острому перитониту у ЛЖВ мы не встретили вовсе.

Основываясь на том, что подавляющее большинство ученых среди симптомов острого перитонита, помимо симптомов основного заболевания, выделяют интенсивную боль в животе, напряжение мышц передней брюшной стенки и положительные симптомы раздражения брюшины, и невольно объединяют их в «симптомы воспаления брюшины», мы решили выделить данные симптомы в единый симптомокомплекс, условно назвав его «синдром абдоминальной боли». А уже в дальнейшем, «наслаивая» на него синдром кишечной недостаточности и ССВО, мы планировали получить выборку пациентов со всеми симптомами перитонита и сравнить результаты в основной и контрольной группах. Проводя статистическую обработку данных по синдрому абдоминальной боли, мы понимали субъективность полученных данных, часть которых зависела от восприятия боли пациентом, а другая — от ощущений хирурга. Поэтому в начале исследования мы предполагали провести оценку вероятности острого перитонита у ВИЧ-инфицированных

пациентов по интенсивности боли в животе при помощи ROC-анализа и определить точку отсечки, которую потом взять за основу, выше которой боль считать интенсивной. Однако построить ROC-кривую не вышло, так как полученная модель была статистически не значима ($p > 0,05$). Поэтому интенсивной болью мы стали считать боль в 7 и более баллов по ВАШ. Также в начале исследования мы предполагали считать синдром абдоминальной боли положительным при сочетании всех трех симптомов, но таких пациентов в основной группе оказалось настолько мало (4 человека — 4,8%), что дальнейшее исследование с «наслоением» синдрома кишечной недостаточности и ССВО становилось бессмысленным. Поэтому мы решили расширить круг исследуемых, и стали считать синдром абдоминальной боли положительным при сочетании хотя бы двух симптомов. Таким образом, мы получили 17 пациентов с положительным синдромом абдоминальной боли в основной группе (20,5%) и практически такие же цифры (11 человек — 14,7%) в контрольной группе. Примечательно было еще и то, что в основной группе, то есть у пациентов с распространенным перитонитом, имелось 3 человека (3,6%), у которых не было ни одного признака синдрома абдоминальной боли. Такой поворот событий мы объяснили тем, большинство исследуемых в обеих группах страдали наркоманией (таблица 3) с наличием (в той или иной степени) когнитивных расстройств, а некоторые пациенты (в частности, те трое) были госпитализированы в наркотическом опьянении. Также большинство пациентов основной группы поступали в больницу после 24 часов, а многие и после 72 часов (таблица 6), то есть в терминальную стадию перитонита по К.С. Симоняну [13]. Эти стадии характеризуются появлением эйфории и уменьшением болей с последующим угнетением сознания, что искажает восприятие боли. Наличие же такого большого количества пациентов с положительным синдромом абдоминальной боли в контрольной группе было объяснено теми же причинами: наркомания с нарушением когнитивных функций, а также наличие абстинентного синдрома у этих пациентов, который также искажал восприятие боли. Некоторые пациенты сознательно агgravировали боль в животе и напряжение мышц передней брюшной стенки для получения обезболивающих препаратов. И, хотя в некоторых источниках указано, что информативность наличия напряжения мышц передней брюшной стенки и положительных симптомов раздражения брюшины при перитоните достигают 90% [3], в нашем исследовании эта информативность невелика и не может быть ведущей в установлении диагноза острого перитонита у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Синдром кишечной недостаточности при перитоните представляет собой комплекс симптомов: рвота, вздутие живота и парез кишечника. Проведя анализ литературных данных, мы, к сожалению, ни в одном источнике, посвященном острому перитониту, не на-

шли частоту встречаемости рвоты, вздутия живота и пареза кишечника. В единственной публикации, где приводятся какие-либо статистические данные по кишечной недостаточности, было отмечено, что при перитоните информативность таких данных, как вздутие живота и отсутствие перистальтики составляет 15% и 85% соответственно [3]. Однако в большинстве научных изданий авторы хоть и не приводят статистических данных, но описывают синдром кишечной недостаточности как обязательный атрибут перитонита, который к тому же и прогрессирует в зависимости от длительности заболевания и его стадии. Единичные публикации, где вскользь затрагивается проблема перитонита у ЛЖВ, посвящены другим задачам, и поэтому симптомы перитонита в этих исследованиях описаны в общих чертах и статистически не обрабатывались. В нашем исследовании наличие синдрома кишечной недостаточности при перитоните у ВИЧ-инфицированных пациентов мы считали существующим, если присутствовал хотя бы один из вышеперечисленных симптомов. К данному заключению мы пришли эмпирическим путем, так как при сочетании всех симптомов в основной группе оставалось всего 2 человека (2,4%), а в контрольной группе таких пациентов не было. И все-таки, мы посчитали такой подход некорректным, поскольку синдром кишечной недостаточности характерен не только для острого перитонита, но и для многих оппортунистических заболеваний, протекающих с поражением желудочно-кишечного тракта, зачастую встречающихся у ВИЧ-положительных пациентов, особенно в поздние стадии этого недуга, и во многом определяя клиническую картину ВИЧ-инфекции. Согласно литературным данным установлена чрезвычайно высокая частота регистрации дисбиотических изменений в кишечнике у пациентов с ВИЧ-инфекцией [14].

В тоже время, взяв за основу 2 и более признака кишечной недостаточности, мы все равно бы сузили круг пациентов до минимума и получили бы картину «идеального» перитонита, который и так не представляет трудностей в диагностике, что не входило в задачи нашего исследования. Полученные результаты (таблица 2, рисунок 2) в нашем исследовании показали, что небольшие различия по отдельным симптомам хотя и присутствовали, но в итоге синдром кишечной недостаточности отмечался у 59% пациентов основной группы и у 48% пациентов контрольной группы. По-видимому, такая сравнительно небольшая разница в результатах получилась благодаря наличию у пациентов обеих групп оппортунистических и сопутствующих заболеваний с поражением желудочно-кишечного тракта, что в свою очередь привело к развитию синдрома кишечной недостаточности даже при отсутствии острого перитонита (таблица 3–5). Наличие оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов с развитием синдрома кишечной недостаточности как бы ретуширует симптомы острого перитонита, тем самым «смазывая» клиническую картину последнего

и делая его диагностику весьма затруднительной. Таким образом, синдром кишечной недостаточности как отдельный синдром в диагностике острого перитонита у ЛЖВ не может быть достоверным признаком и должен оцениваться в комплексе с другими критериями.

Определение ССВО представлено в 1991 году в Чикаго на согласительной конференции Американского колледжа пульмонологов и Общества специалистов критической медицины (ACCP/SCCM). ССВО является неспецифической системной реакцией организма на любое воздействие сильных раздражителей. При анализе полученных результатов в проведенном нами исследовании выявлено, что такой критерий ССВО, как температура тела, был совершенно неинформативен, и наблюдался всего лишь у 8,4% пациентов основной группы. Практически те же цифры были получены в контрольной группе (9,3%). Примечательно, что и в основной и в контрольной группах средняя температура тела составила 37,0 °C, а у 49 пациентов основной группы (59%) и у 42 пациентов контрольной группы (56%) зафиксирована нормальная температура тела. Сравнительно одинаковые результаты отмечались и по другим критериям ССВО в обеих группах (таблица 2, рисунок 3). Обращает на себя внимание тот факт, что в основной группе количество пациентов с уровнем лейкоцитов в пределах референсных значений составило 32,5% (27 человек), в то же время в контрольной группе их менее половины (31 человек, 41,3%). Распространенный перитонит является классической моделью ССВО, причина которого — прогрессирующая бактериально-токсическая агрессия [2, 15]. Полученные результаты свидетельствуют о наличии ССВО у 61,4% ВИЧ-инфицированных пациентов с острым перитонитом. Присутствие ССВО у трети пациентов в контрольной группе (у которых острый перитонит не подтвердился) мы объяснили хронической иммунной активацией и воспалением, которое вызывает вирус иммунодефицита человека, а также обострением сопутствующих хронических заболеваний и оппортунистическими инфекциями, имеющимися в данной популяции. Феномен гиперактивации иммунной системы с последующим ее истощением рассматривается сегодня многими исследователями как один из ключевых в патогенезе иммунодефицита при ВИЧ-инфекции [14, 16, 17].

Полученные в нашей работе результаты по синдромам (синдромы абдоминальной боли, кишечной недостаточности и ССВО) мы как бы «наслоили» друг на друга, предполагая, что при сочетании всех трех синдромов у пациента должна быть высокой вероятностью развития острого перитонита. Однако полученные результаты свидетельствуют о наличии данного сочетания всего лишь у 8,4% пациентов в основной группе. Таким образом, в основной группе более чем у 90% пациентов клиническая картина острого перитонита была не полной, стертой и замаскирована оппортунистическими заболеваниями, что потребовало дополни-

тельных диагностических поисков. Более того, в контрольной группе у каждого десятого пациента отмечено сочетание исследуемых синдромов, что усложняет постановку диагноза острого перитонита и требует тщательного анализа, а также обязательного подтверждения инструментальными и лабораторными данными. Однако диагностический поиск у пациентов с подозрением на острый перитонит весьма ограничен по времени и требует завершения в кратчайшие сроки. С другой стороны, ни один хирург не желает «пропустить» такого пациента. Такая многоплановая, нетипичная клиническая картина, заретушированная сопутствующими и оппортунистическими заболеваниями, а также течением самой ВИЧ-инфекции и определяет дальнейшую тактику в диагностике острого перитонита у ЛЖВ. По нашему мнению, всем ВИЧ-инфицированным пациентам, у которых выявлены единичные или даже очень сомнительные признаки острого перитонита, необходимо проводить диагностическую лапароскопию.

С этого же вмешательства необходимо начинать оперативное лечение у данной категории пациентов, даже при явном, «сто процентном» перитоните.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиническая картина острого перитонита у ВИЧ-инфицированных пациентов нетипична, характеризуется слабой выраженностью или отсутствием «классических» симптомов и маскируется проявлением оппортунистических инфекций и ВИЧ-индикативных заболеваний. Наличие единичных признаков острого перитонита у ЛЖВ, при отсутствии характерной симптоматики этого заболевания требует расширенного диагностического поиска.

Острый перитонит на фоне ВИЧ-инфекции — это специфическая область медицинской науки и практического опыта, нуждающаяся в дальнейшем изучении и совершенствовании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Затевахин И. И., Кириенко А. И., Сажин А. В. Неотложная абдоминальная хирургия: метод. рук. для практик. Врача // М.: Мед. информ. аг-во. — 2018. ISBN 978–5–6040008–5–4.
2. Перитонит: Практическое руководство. Под ред. Савельева В.С., Гельфанда Б. Р., Филимонова М.И. – М.: Литтерра, 2006. ISBN 5–98216–046–6
3. Перитонит: учебное пособие. Гаврилин Е.В., Ивченко А.О., Чирьев А.И. и др. — Томск: Изд-во СибГМУ, 2022. Ссылка активна на 20.05.2024. URL: <https://e.lanbook.com/book/283496>
4. Перитонит и абдоминальный сепсис: руководство для врачей. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Персов М.Ю. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2024. ISBN 978–5–9704–8069–4. <https://doi.org/10.33029/9704–8069–4-PAS-2024–1-168>
5. Белов С. А. и др. Перфоративный перитонит у больных с ВИЧ-инфекцией // Здоровье. Медицинская экология. Наука. — 2019. — № 2 (78). — С. 52–53. <https://doi.org/10.5281/zenodo.824241>
6. Синицын М. В. и др. Туберкулезный перитонит при ВИЧ-инфекции // Вестник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. — 2019. — № 4. — С. 38–44. <https://doi.org/10.7868/S2587667819040046>
7. Ndlovu K. C. Z., Sibanda W., Assounga A. Peritonitis outcomes in patients with HIV and end-stage renal failure on peritoneal dialysis: a prospective cohort study // BMC nephrology. — 2017. — Т. 18. — С. 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0466-0>
8. Тимербулатов В. М. и др. Гнойно-септические осложнения ВИЧ-инфицированных больных // вестник Башкортостана. — 2017. — Т. 12. — № 6 (72). — С. 15–21.
9. Блувштейн Г. А., Мозеров С. А., Кулаков А. А. Клинико-морфологические аспекты хирургических ошибок и осложнений у больных ВИЧ/СПИД // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. — 2010. — № 4. — С. 61–72.
10. Пархоменко Ю. Г., Тшикевич О. А., Шахгильдян В. И. Анализ аутопсий при ВИЧ-инфекции // Архив патологии. — 2003. — Т. 65. — № 3. — С. 24–29.
11. Оценка социально-экономических потерь общества от эпидемии ВИЧ/СПИД в России. Доклад по результатам исследования по оценке социально-экономических потерь общества от эпидемии ВИЧ/СПИД в России // Аналитический центр при Правительстве Российской Федерации, 2020. Ссылка активна на 24.05.2024 <https://itpcru.org/2021/03/08/opublikovany-rezultaty-issledovaniya-po-ocenke-soczialno-ekonomicheskikh-poter-obshhestva-ot-epidemii-vich-spida-v-rossii/>
12. Основы медицинской статистики. Дизайн биомедицинских исследований: практическое руководство. Жильцов И.В., Семенов В.М., Зенькова К.С. Витебск: ВГМУ. — 2014. ISBN 978–985–466–677–8
13. Симонян К.С. Перитонит. М.: Медицина, 1971.
14. Хасанова Г. Р., Биккинина О. И., Анохин В. А. Микробная транслокация и системный воспалительный ответ при ВИЧ-инфекции // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2013. — Т. 9. — № 3. — С. 508–512.
15. Абдоминальная хирургическая инфекция: Российские национальные рекомендации. Под ред. Гельфанда Б.Р., Кириенко А.И., Хачатрян Н.Н. — М.: Медицинское информационное агентство. — 2018. ISBN 978–5–89481–927–3.
16. Claiborne D. T. et al. Replicative fitness of transmitted HIV-1 drives acute immune activation, proviral load in memory CD4+ T cells, and disease progression // Proceedings of the National Academy of Sciences. — 2015. — Т. 112. — № 12. — С. E1480–E1489. <https://doi.org/10.1073/pnas.1421607112>
17. Матузкова А. Н. и др. Системный воспалительный ответ у больных ВИЧ-инфекцией и возможности его коррекции // РМЖ. — 2019. — Т. 27. — № 10. — С. 12–16.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Фаллер Александр Петрович — д.м.н., профессор кафедры хирургии повреждений МИНО ФГБОУ ВО РОСБИОТЕХ, заведующий хирургическим отделением ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №2 Департамента здравоохранения города Москвы». ORCID: 0009-0008-2304-9743, eLIBRARY SPIN-код: 1783-1364, eLIBRARY AuthorID: 1183722

Курносев Алексей Викторович — врач-хирург ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №2 Департамента здравоохранения города Москвы». ORCID: 0009-0000-5859-0064, eLIBRARY SPIN-код: 7664-8240, eLIBRARY AuthorID: 1224120

АВТОРСКИЙ ВКЛАД

Фаллер А.П. — концепция и дизайн статьи, редактирование статьи, одобрение окончательной версии статьи

Курносев А.В. — анализ литературы, сбор и обработка материала, статистические расчеты, написание текста статьи

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПУБЛИКАЦИЮ: авторы получили письменное согласие пациентов на публикацию медицинских данных и фотографий.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ: проведенное исследование соответствует стандартам Хельсинкской декларации (Declaration Helsinki), соответствие протокола исследования этическим принципам было подтверждено Локальным этическим комитетом МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ» (Москва, Волоколамское шоссе, дом 11, Москва, Россия), протокол № 3 от 05.09.2024 г.

ПОСТУПИЛА:	07.06.2024
ПРИНЯТА ПОСЛЕ РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ:	12.08.2024
ОПУБЛИКОВАНА:	17.09.2024