

*Репозиторий ГРНМУ*

# **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Материалы**

**Республиканской научно-практической конференции**

**30 сентября - 1 октября 2010 года**



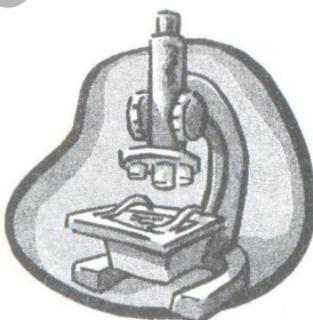
**ВИТЕБСК, 2010**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ  
МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ  
ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Материалы Республиканской  
научно-практической конференции

30 сентября - 1 октября 2010 года



ВИТЕБСК, 2010

УДК 616-07:572.7:061.3-03  
ББК 53.4 я 431 + 52.51 я 431  
А 43

Актуальные вопросы морфологической диагностики заболеваний. Материалы Республиканской научно-практической конференции.- Витебск: ВГМУ, 2010.- 330 с.

ISBN 978-985-466-446-0

Редакционная коллегия: В.П. Дейкало (председатель), С.А. Сушков, И.В.Самсонова.

В сборнике представлены материалы докладов, прочитанных на научно-практической конференции морфологов.

Сборник посвящен актуальным вопросам морфологической диагностики опухолевых и предопухолевых заболеваний человека, клинико-морфологической дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний, а также использованию иммуногистохимических и молекулярно-генетических методов в морфологии.

Сборник предназначен для врачей-патологоанатомов, судебных экспертов, онкологов, инфекционистов, невропатологов, терапевтов и врачей других специальностей, а также студентов медицинских университетов.

УДК 616-07:572.7:061.3-03  
ББК 53.4 я 431 + 52.51 я 431  
А 43

ISBN 978-985-466-446-0

© Издательство УО «Витебский государственный медицинский университет», 2010

ния туберкулеза нельзя ограничиваться исключительно воздействием на возбудителя, то есть собственно антибактериальной терапией. Вопросы реактивности макроорганизма, прежде всего его иммунологической реактивности являются не менее важными, особенно если согласиться с тем, что туберкуломы представляют собой «иммуногенные очаги» (в соответствии с представлениями И.В.Давыдовского).

#### Литература:

1. Ариэль Б.М., Гришко А.Н. Клинико-анатомический анализ хирургического туберкулеза в условиях патоморфоза и представления А.Н.Чистовича о патогенезе туберкулеза.//Тр.Ленингр.научн.общества патологоанатомов. Вып.17. Л., 1986.-С.138-144.
2. Струков А.И., Соловьева И.П.. Морфология туберкулеза в современных условиях. М. «Медицина», 1986.

#### ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

<sup>1,2</sup>Прокопчик Н.И. , <sup>1</sup>Матиевская Н.В., <sup>1</sup>Цыркунов В.М. , <sup>3</sup>Тищенко Г.В.,  
<sup>3</sup>Тищенко В.Н.

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
<sup>2</sup>УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро»,  
<sup>3</sup>УЗ «Гомельское областное патологоанатомическое бюро»,

Республика Беларусь

Как известно, несостоятельность иммунной системы, формирующаяся при ВИЧ-инфекции, способствует активизации и распространению многих оппортунистических инфекций, в том числе и туберкулеза. Установлено, что туберкулез является ведущей причиной смерти ВИЧ-инфицированных пациентов в Республике Беларусь. При этом удельный вес туберкулеза в структуре смертности этих больных возрос с 16,4% (2001 г.) до 58,4% (2007 г.) [0]. Иммунодефицит, обусловленный ВИЧ-инфекцией, усугубляет течение туберкулеза, придает ему нетипичные клинические черты, что часто затрудняет своевременную диагностику и адекватную терапию туберкулеза на ранних стадиях развития [0].

**Цель исследования:** установить морфологические особенности туберкулеза при ВИЧ-инфекции.

**Материал и методы.** Проанализированы клинические данные и результаты вскрытий 99 умерших от различных форм туберкулеза. В зависимости от наличия ВИЧ-инфекции все умершие были разделены на 2 группы: 1 группа – 44 ВИЧ-инфицированных (мужчин - 34, женщин - 10, средний возраст – 34,8 лет), 2 группа (контроль) – 55 ВИЧ-негативных (мужчин - 46, женщин - 9, средний возраст – 52,3 г.). У всех больных 1 группы была установлена 4 клиническая стадия ВИЧ-

инфекции (клиническая классификация ВИЧ: ВОЗ, 2006). Кусочки аутопсийного материала, взятые из различных органов, подвергались стандартной процедуре гистологической обработки. Гистологические срезы различных органов окрашивались гематоксилином и эозином, пикрофуксином, а по мере необходимости и по Циль-Нильсену. Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерииев Манна-Уитни и критерия  $\chi^2$  (статистический пакет «Статистика», v.6).

**Результаты.** Пациенты 1 группы были значительно моложе пациентов 2 группы ( $p<0,05$ ). В обеих группах преобладали мужчины: в 1 группе – 34 (79%), во 2 группе – 46 (83,6%).

В таблице 1 представлены морфологические формы туберкулеза, выявленные при аутопсии. Из представленной таблицы следует, что в 1 группе умерших значительно чаще встречался гематогенный (ГТ), а во 2 группе – вторичный туберкулез (ВТ).

Таблица 1

Морфологическая форма туберкулеза	1 группа, n=44	2 группа, n=55	P
Первичный туберкулез (ПТ)	1(2,3%)	-	>0,05
Вторичный туберкулез (ВТ)	13 (29,5%)	47 (85,5%)	< 0,05
Гематогенный туберкулез (ГТ)	30 (68,2%)	8 (14,5%)	< 0,05
Всего:	44 (100%)	55 (100%)	

Примечание: Р – критерий  $\chi^2$

Вторичный туберкулез в обеих группах был представлен различными формами, однако их частота существенно отличалась (таблица 2).

Таблица 2

Форма	1 группа, n=13	Частота в 1 группе (%)	2 группа, n=47	Частота во 2 группе (%)
ИТ легких	5 (38,5%)*	11,4 %	1(2,1%)	1,8%
КП, в т.ч., с распадом и исходом в острый КТ легких	6 (46,2%)	14,0%**	26 (55,3%)	47,3%
ФКТ легких	4(30,8%)	9,1%	12 (25,5%)	21,8%
ЦТ легких	2 (15,4%)	4,5%**	18 (38,3%)	32,7%
Всего:	13	29,5 %**	47	85,5%

Примечание: ИТ – инфильтративный туберкулез, КП – казеозная пневмония, КТ – кавернозный туберкулез, ФКТ - фиброзно-кавернозный туберкулез, ЦТ – цирротический туберкулез,\* - критерий  $\chi^2$ , достоверные различия между пациентами с ВТ ( $p<0,05$ ), \*\* - критерий  $\chi^2$ , достоверные различия между пациентами 1 и 2 групп ( $p<0,05$ ).

Частота морфологических форм, относящихся к ВТ, в 1 группе составила только 29,5 %, что было достоверно реже по сравнению со 2 группой ( $p<0,05$ ). Вследствие инфильтративного туберкулеза легких и казеозной пневмонии с исходом в острый кавернозный туберкулез легких умерло 25% пациентов 1 группы и 49,1% во 2 группе ( $p<0,05$ ). Частота ИТ среди форм ВТ у ВИЧ-инфицированных больных была значительно выше по сравнению с группой контроля (38,5% и 2,1%, соответственно,  $p<0,05$ ). От фиброзно-кавернозного туберкулеза легких умерло 4,5% в 1 группе и 32,7% - во 2 группе ( $p<0,05$ ). При ВИЧ-инфекции ВТ характеризовался смешанным прогрессированием с вовлечением в патологический процесс различных органов и групп лимфатических узлов. Установлено также, что у ВИЧ-инфицированных преобладали морфологические формы, относящиеся к ГТ, частота которых составила 68,2% (контроль- 14,5%,  $p<0,05$ ). Для туберкулеза при ВИЧ-инфекции характерна высокая частота генерализованного ГТ, а также - внелегочных форм ГТ. Наиболее тяжелым проявлением генерализованного ГТ при ВИЧ-инфекции был острейший туберкулезный сепсис, отмеченный в 15 (50%) секционных наблюдениях. Обращал на себя внимание молодой возраст этих пациентов (средний возраст составил 33,9 лет). Туберкулезный процесс при ВИЧ-инфекции локализовался практически повсеместно. При патогистологическом исследовании установлено, что в пораженных органах и тканях при наличии ВИЧ-инфекции преобладали альтеративные изменения в виде свежих многочисленных очагов казеозного некроза (контроль - продуктивные изменения); был характерен крупноочаговый характер поражения (контроль - милиарный процесс); типичной была обширность поражения с наличием как специфических, так и неспецифических тканевых и клеточных реакций с развитием высокой проницаемости капилляров и эксудативной тканевой реакции не только в эпикентре поражения, но и в отдалении от него; характерен был кариорексис лейкоцитов в зоне некроза, что в контрольной группе встречалось редко.

**Заключение.** Таким образом, в результате патоморфологического исследования аутопсийного материала и анализа клинических данных установлено, что туберкулез у ВИЧ-инфицированных пациентов, несмотря на молодой возраст, имел чрезвычайно агрессивное течение, часто протекал в виде генерализованных форм. Он характеризовался преобладанием альтеративных изменений, при этом поражение носило крупноочаговый характер, с наличием как специфических, так и неспецифических тканевых и клеточных реакций. Частота ошибок при изненной диагностики туберкулеза в группе ВИЧ-инфицированных пациентов составила 35%.

## Литература:

1. Скрябина Е.М., Астровко А.П., Богомазова А.В. и др. Инструкция на метод, заключающийся в оптимизации подходов к обследованию и лечению пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом: инструкция по применению МЗ РБ № 068-0608. – Минск, 2008. – С.107 – 120.
2. Д. Барлетт, Д. Галант, П.Фам Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. – М.: Р. Валент, 2010. – 490 с.

## ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НСВ-ИНФЕКЦИИ

(Обзор литературы)

Майбогин А.М. , Недзвевь М.К.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

г. Минск, Республика Беларусь

Вирус гепатита С (HCV) относится к семейству Flaviviridae и характеризуется одногеновым РНК-геномом. В эту же группу, как известно, относятся несколько вирусов, обладающих выраженным нейротропизмом, в том числе вирус денге и вирус желтой лихорадки. HCV является в первую очередь гепатотропным вирусом, однако в литературе имеются отдельные данные о том, что этот вирус может являться непосредственной причиной различных расстройств в центральной и периферической нервной системе. Это согласуется с полученными в последнее время данными об участках экстрапеченочной репликации HCV, в том числе в ткани головного мозга [2,4,5].

Изучение морфологических проявлений HCV инфекции в нервной системе началось около десяти лет назад, после обнаружения репликации HCV в головном мозге. К настоящему времени таковыми считаются периферическая нейропатия, мелкоочаговая демиелинизация, лейкоэнцефалопатия, прогрессирующий энцефаломиелит, фокальный эксудативный и/или некротический васкулит (проявляющийся в форме криоглобулинемии I и II типов), нарушения кровообращения и церебральная ишемия [2-5]. При этом очевидно, что эти изменения не являются морфологически однородными и описаны вне возможной связи между ними.

На данный момент остается неясным, вызываются ли вышеуказанные изменения непосредственным влиянием вируса на клетки мозга, либо возникают в ответ на иммунные и метаболические нарушения ЦНС [2,5]. Еще менее изученными остаются механизмы возникновения