

АНАЛИЗ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕГКИХ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2005-2009 ГГ.

**Мартемьянова Л.А., Зиновкин Д.А., Надыров Э.А.,
Подольский С.О., Логинов Р.А.**

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Многими авторами отмечается, что характерной чертой для пациентов с ВИЧ-инфекцией является наиболее частое поражение органов дыхания с явлениями генерализации оппортунистических заболеваний, частое наличие нескольких видов тяжелой инфекционной патологии. Подобная ситуация создает трудности в клинической, лабораторной и морфологической диагностике данных болезней, что отчетливо проявляется в характере изменений легочной ткани. Наибольшее количество умерших от ВИЧ-инфекции в Гомельской области регистрируется в Светлогорском и Гомельском районах, а также городе Гомеле [1,2].

Материалы и методы. Материалом для исследования являлись легкие и внутригрудные лимфатические узлы 257 умерших от ВИЧ-инфекции за 2005-2009 гг., с развившимися у них различными вторичными заболеваниями. Гистологические срезы окрашивались гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону, по Цилю-Нильсену, по Вейгерту, по ШИК, по Граму, по Романовскою-Гимзе и метиленовым синим.

Результаты и обсуждение. Туберкулез легких был обнаружен в 208 (80,1%) случаях аутопсий. При макроскопическом исследовании в легких обнаруживались фиброзно-кавернозный туберкулез и казеозная пневмония в 46 случаях (17,9%) и гематогенно-диссеминированные формы в 96 случаях (37,4%). Специфическое воспаление имело вид гнойно-некротических очагов мономорфного строения, располагающихся периваскулярно. Преобладание альтеративно-экссудативных реакций с минимальным проявлением продуктивного компонента определяло отсутствие признаков ограничения и организации очагов воспаления.

Поражение внутригрудных лимфатических узлов микобактериями туберкулеза отмечалось на 73-х (28,4 %) аутопсиях умерших. Макроскопически лимфатические узлы были увеличены, имели плотную утолщенную капсулу, спаянную в конгломераты с мягкими тканями. Микроскопически в лимфатических узлах выявляли гнойное расплавление, в сохранившихся участках наблюдали редукцию фолликулярных структур, лимфоидное истощение. В таблице 1 представлены основные

морфологические формы проявлений туберкулеза у умерших ВИЧ-инфицированных пациентов.

Таблица 1. – Основные морфологические формы туберкулеза легких и лимфатических узлов при ВИЧ-инфекции.

Формы туберкулеза	2005		2006		Год 2007		2008		2009	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Фиброзно-кавернозный туберкулез и казеозная пневмония	3	1,4	15	7,2	15	7,2	16	7,7	13	6,3
Гематогенно-диссеминированный туберкулез легких	18	8,6	40	19,2	39	18,8	37	17,8	58	27,9
Туберкулез лимфатических узлов	7	3,4	15	7,2	33	15,9	37	17,8	49	23,6

Криптококкоз легких был определен в 5-ти (1,9 %) случаях. Криптококки имели форму округлых, реже овальных клеток, диаметром 2-12 мкм, с одной слегка удлиненной почкой или двухконтурной оболочкой в виде светлого ореола [3].

Пневмоцистная пневмония была обнаружена у 19-го (7,4 %) умершего. При гистологическом исследовании в просвете альвеол обнаруживался характерный гомогенный пенистый протеиновый эозинофильный экссудат, в котором в большом количестве содержались цисты с дочерними формами, что являлось патогномоничным признаком пневмоцистной пневмонии.

Поражение легких цитомегаловирусом отмечалось в 3-х (1,2 %) случаях. Макроскопически легкие были уплотнены, с утолщенной плеврой и рыхлыми спайками. Микроскопически отмечалось увеличение альвеолоцитов в размерах до 25-40 мкм, в ядрах определялись 1-3 включения, состоявшие из вирусных частиц и хроматина с перинуклеарным ободком просветления, характерная цитомегаловирусная клетка в виде так называемого «совиного глаза» [4].

Спектр оппортунистических заболеваний, вызванных вирусами, грибами представлен в таблице 2.

Таблица 2. – Спектр возбудителей грибковых и вирусных инфекций легких при ВИЧ-инфекции.

Виды возбудителей	2005		2006		Год 2007		2008		2009	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Цитомегаловирусная инфекция	0	0	2	1	0	0	1	0,5	1	0,5
Криптококкоз	0	0	3	1,5	3	1,5	1	0,5	1	0,5
Пневмоцистоз	3	1,5	4	2	8	4	9	4,5	2	1

В исходе цитомегаловирусной инфекции легких развивался перибронхиальный распространенный интерстициальный фиброз с деформацией и выраженной деструкцией альвеолярных перегородок и обширными полями фиброзной ткани, островками щелевидных структур альвеол и измененных бронхов, имеющих выраженную плоскоклеточную метаплазию, лимфоидную инфильтрацию стромы.

Заключение. Структура патологии легких у ВИЧ-инфицированных в Гомельской области характеризуется развитием процессов, имеющих признаки острого прогрессирования с явлениями обширного поражения легочной ткани и трахеобронхиального дерева. Ведущее место среди патологии занимают диссеминированные формы туберкулеза легких и внутригрудных лимфатических узлов. Злокачественное течение данных процессов можно связать с полиморфизмом тканевых реакций, связанных с тяжелым иммунодефицитом, стертой морфологических признаков. Все это затрудняет дифференциальную диагностику заболеваний и требует применения в каждом конкретном случае комплексного исследования материала с широким применением дополнительных методов окрасок в каждом конкретном случае.

Литература

1. Красавцев, Е.Л. Анализ вскрытий пациентов, умерших от ВИЧ-инфекции в Гомельской области за 2006-2008 гг. / Е.Л. Красавцев, Э.А. Надыров, Д.А. Зиновкин [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. – 2009. – № 2. – С. 111-113.
2. Ratzan, R.M. AIDS, autopsies, and abandonment. / R.M. Ratzan, H Schneiderman // JAMA. – 1988. – Vol. 260. – P. 3466-3469.
3. Cryptococcal pneumonia in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. / E.P Friedman [et al.] // Clin Radiol. – 1995. – Vol. 50 – P. 756-760.
4. Klatt, E.S. Pathology of AIDS / E.S. Klatt. – Version 7. – Utah: Department of pathology university of Utah, 1998. – P. 53-55.