

государственного медицинского университета. – 2008. – №1. – С . 116-117.

3. Thygesen, K. On behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. Universal definition of myocardial infarction / K. Thygesen, J.S. Alpert, H.D. White// Eur. Heart. J. – 2007.- Vol. 28 (20).- P. 2525-2538.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

**Прокопчик Н.И., Васильев В.С., Богуцкий М.И., Шейко М.И.,
Васильев А.В., Кононов В.Н., Лазарчик Т.Л., Цыркунов В.М.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УО «Гродненское областное патологоанатомическое бюро»,
Гродно, Беларусь

В предшествующих наших работах были прослежены изменения макро- и микроскопического характера в печени и поджелудочной железе при инфекционной и неинфекционной гепатопатологии [1,2].

В настоящей работе сделана попытка оценить степень вовлеченности печени и поджелудочной железы в патологический процесс при некоторой тяжелой инфекционной патологии с летальным исходом. Анализу подвергнуты истории болезни и результаты аутопсии 69 умерших от тяжелых инфекционных заболеваний: менингококковой инфекции – 12, вторичных менингоэнцефалитов – 9, сальмонеллеза – 11, шигеллеза – 2, острой кишечной инфекции, вызванной условно-патогенной флорой – 5, сепсиса – 14, острой респираторной инфекции и гриппа – 6, герпетического энцефалита – 1, клещевого энцефалита – 1, бешенства – 2, ботулизма – 1, дифтерии – 1, ВИЧ-инфекции в стадии СПИДа – 2, врожденных инфекций – 2. Детей было – 40, взрослых – 29.

При инфекционной патологии с четко выраженным синдромом генерализации процесса (менингококковая инфекция, сепсис), с выраженной интоксикацией (сальмонеллез, шигеллез, ботулизм, дифтерия, острая кишечная инфекция, вызванная условно-патогенной флорой), с тяжелыми осложнениями вторичного характера (менингоэнцефалиты, острая респираторная инфекция, грипп, клещевой энцефалит), с резким снижением иммунитета и наслоением оппортунистических заболеваний (герпетический энцефалит, ВИЧ-инфекция в стадии СПИД, врожденные инфекции), с абсолютной смертностью (бешенство) характерным в

клинической картине было наличие полиорганной патологии, что, естественно, отражалось в той или иной степени на функциональном состоянии и морфологии печени. Если макроскопические изменения печени заключались в некотором увеличении органа в размерах, ее полнокровии, то микроскопическое исследование выявляло признаки белковой и жировой дистрофии гепатоцитов, отек пространств Диссе, воспалительные изменения (в т.ч., с образованием гранул) и нередко определялись очаги экстрамедуллярного кроветворения (особенно при сепсисе). При менингококковой инфекции (особенно менингококцемии), помимо венозного полнокровия, белковой дистрофии гепатоцитов, лимфоидно-гистиоцитарной инфильтрации портальных трактов, отека пространств Диссе, отмечался очаговый некроз гепатоцитов. При сальмонеллезе печень иногда имела вид «мускатной», часто выявлялась лимфоидно-гистиоцитарная инфильтрация портальных трактов, гидропическая и жировая дистрофия гепатоцитов. При ОРВИ и гриппе с осложненным характером течения в печени определялись признаки острого венозного полнокровия и паренхиматозная белковая и жировая дистрофия гепатоцитов. Тяжелое течение клещевого энцефалита с развитием различных осложнений (сепсис, пневмония, пролежни) приводило к выраженным дистрофическим и некробиотическим изменениям гепатоцитов с наличием лимфоидно-гистиоцитарной инфильтрации портальных трактов. При бешенстве отмечено венозное полнокровие печени и белковая дистрофия гепатоцитов. Изменения при ВИЧ-инфекции в стадии СПИДа характеризовались, кроме общетоксических проявлений, лимфогистоцитарной инфильтрацией и очаговым склерозом, а в случае имеющего место при ней туберкулеза – жировой дистрофии гепатоцитов и наличием туберкулезных гранул с преобладанием альтеративно-экссудативных изменений. В то же время развитие герпетической инфекции при ВИЧ-инфекции характеризовалось наличием гигантских базофильных клеток в виде симпластов на фоне полнокровия печени и лимфоидно-гистиоцитарной инфильтрации печеночных долек и портальных трактов. В случаях ОРВИ, острых кишечных инфекций, вызванных условно-патогенной флорой, пневмоний, осложненных сепсисом, изменения в печени характеризовались венозной гиперемией, гидропической дистрофией гепатоцитов, лимфоидно-гистиоцитарной инфильтрацией портальных трактов и очагами экстрамедуллярного эритропоэза. При врожденном токсоплазмозе, кроме вышеизложенного, отмечены специфические маркеры патологии – псевдоцисты.

Макроскопические изменения поджелудочной железы в большинстве секционных случаев были менее выражены и показательны по сравнению с печенью, но становились более заметными при наличии в качестве сопутствующего заболевания сахарного диабета. При этом в

железе определялись липоматоз, склероз, атрофия паренхимы, а также мелкоочаговые жировые некрозы. При сепсисе, несмотря на тяжесть патологии, в поджелудочной железе при аутопсии определялись минимальные изменения (острое венозное полнокровие, ранний аутолиз), не в пример выраженным морфологическим изменениям в печени. При остальных инфекциях (сальмонеллез, кишечные инфекции другой этиологии, ВИЧ-инфекция, бешенство) также отмечено только венозное полнокровие железы. Необходимо отметить, что в предыдущих работах нами отмечена значительная вовлеченность поджелудочной железы в патологический процесс при разнообразных хронических заболеваниях печени [2].

Таким образом, выявленные морфологические изменения в печени и поджелудочной железе при различных инфекционных заболеваниях, завершившихся летальным исходом, не являлись строго специфичными для того или иного заболевания, за исключением отдельных нозологических форм и, в частности, туберкулеза и токсоплазмоза.

Литература

1. Прокопчик, Н.И. Морфологическая характеристика поджелудочной железы при инфекционной патологии и дифференциальных заболеваниях / Н.И. Прокопчик [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2006. – №1. – С. 51-52.
2. Цыркунов, В.М. Посмертная макро- и микроскопическая характеристика поражения печени при крайне тяжелых формах инфекций и дифференциальной патологии / В.М. Цыркунов [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2005. – №2. – С. 39-42.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

**Матиевская Н.В.¹, Прокопчик Н.И.^{1,2}, Цыркунов В.М.¹,
Тищенко В.Н.³, Павлова И.Н.⁴, Юшкевич А.С.⁴**

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро»,

³ УЗ «Гомельское областное патологоанатомическое бюро»,

⁴ УЗ «Гродненская инфекционная больница», г. Гродно, Беларусь

Повсеместное внедрение высокоактивной антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных пациентов привело к существенному снижению заболеваемости и летальности, связанной с развитием СПИДа.