

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.

В то же время «современной» проблемой данной категории пациентов стала возрастающая частота заболеваний печени и связанная с этим летальность. «Печеночные» причины смерти в структуре летальности ВИЧ-инфицированных пациентов занимают в мире одно из ведущих мест [1]. В настоящее время не вызывает сомнения, что туберкулез становится одной из основных причин смерти ВИЧ-инфицированных больных в Республике Беларусь. Так, удельный вес туберкулеза в структуре смертности ВИЧ-инфицированных пациентов возрос с 16,4% в 2001 г. до 58,4% в 2007 г. [2]. В связи с этим установление характера и частоты поражения печени у ВИЧ-инфицированных больных с туберкулезом является актуальным вопросом.

Цель исследования: установить особенности поражения печени при туберкулезе у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материал и методы. Проанализированы клинические данные и результаты аутопсий 44 ВИЧ-инфицированных пациентов, умерших от различных форм туберкулеза. Среди них 34 мужчины, 10 женщин, средний возраст – 34,8 лет. У всех пациентов, включенных в исследование, была установлена 4 клиническая стадия ВИЧ-инфекции (клиническая классификация ВИЧ, ВОЗ, 2006) [3]. Кусочки аутопсийного материала, взятые из различных органов, подвергались стандартной процедуре гистологической обработки. Гистологические срезы различных органов, включая печень, окрашивались гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизону, а по мере необходимости и по Циль-Нильсену.

Результаты. Частота основных морфологических форм туберкулеза, выявленных у погибших вследствие ВИЧ-инфекции, представлена в таблице 1.

Таблица 1. Характер и частота морфологических форм туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов, абс. (%).

Форма	Частота в группе n=44
Первичный туберкулез (ПТ)	1(2,3%)
Вторичный туберкулез (ВТ)	13 (29,5%)
Гематогенный туберкулез (ГТ)	30 (68,2%)

Как следует из таблицы, среди умерших вследствие туберкулеза ВИЧ-инфицированных больных преобладал гематогенный туберкулез, что связано с глубоким иммунодефицитом, на фоне которого протекало основное заболевание.

При патоморфологическом исследовании было установлено, что туберкулез в 95,5% секционных наблюдениях возникал и/или протекал на

фоне различных хронических заболеваний печени (таблица 2).

Табл. 2. Характер и частота заболеваний печени у ВИЧ-инфицированных пациентов с туберкулезом, абс. (%).

Форма	Частота в группе n=44
<i>Цирроз печени (всего):</i>	10 (22,7%)
В т.ч., декомпенсированный цирроз печени	4 (9,1%)
<i>Хронический гепатит (всего):</i>	32 (72,8%)
В т.ч., гепатит минимальной активности	12 (27,3%)
Гепатит умеренной активности	20 (45,5%)
<i>Всего:</i>	42 (95,5 %)

Как видно из таблицы 2, у большинства больных в группе был выявлен гепатит умеренной степени активности, в то же время у значительной части больных (22,7%) имел место цирроз печени.

В связи с этим были проанализированы возможные этиологические факторы поражения печени у наблюдаемых больных (табл. 3).

Табл. 3. Частота возможных этиологических факторов поражения печени у ВИЧ-инфицированных пациентов с туберкулезом, абс. (%).

Факторы	Частота в группе n=44
Анти-HCV «+»	26 (59,1 %)
HBsAg «+»	3 (6,8 %)
ПИН*	26 (59,1 %)
Хронический алкоголизм	25 (56,9 %)
Туберкулезное поражение печени	22 (50,0 %)

**Примечание:* ПИН – потребители инъекционных наркотических препаратов.

Как следует из представленной таблицы 3, в наблюдаемой группе пациентов отмечена высокая частота факторов, способных привести к поражению печени: ПИН, коинфекция вирусами парентеральных гепатитов В и С (HBsAg, anti-HCV), хронический алкоголизм. Можно предположить, что реальная частота гепатотоксических факторов могла быть вышепредставленной, поскольку анализ проводился посмертно, с учетом имевшихся данных в медицинской документации.

Обращает на себя внимание высокая частота туберкулезного поражения печени в наблюдаемой группе пациентов. Установлено, что частота туберкулезного гепатита при гематогенном туберкулезе составила

62,1% (в том числе, при генерализованном ГТ – 85,0%). При вторичном туберкулезе туберкулезный гепатит был выявлен в 30,8% секционных наблюдений и являлся проявлением терминальной милиаризации туберкулезного процесса.

Установлено, что в 12 (54,5%) наблюдениях туберкулез печени носил милиарный характер, в 10 (45,5%) – был крупноочаговым и отчетливо определялся уже в момент аутопсии.

При патогистологическом исследовании у пациентов с милиарным туберкулезом в печени определялись множественные мелкие туберкулезные гранулемы, расположенные как внутри долек, так и в портальных трактах. Гранулемы имели разное строение. В случаях генерализованного гематогенного туберкулеза в гранулемах преобладали альтеративно-экссудативные изменения; пролиферативные реакции были выражены слабо или практически отсутствовали. Характерно, что у пациентов, успевших получить при жизни продолжительные курсы противотуберкулезной терапии, в гранулемах отмечались также и продуктивные тканевые реакции. При вторичном туберкулезе гранулемы в печени имели типичное строение с наличием не только альтеративно-экссудативных, но и продуктивных изменений.

Крупноочаговый туберкулез печени выявлялся только у больных с наличием генерализованного гематогенного туберкулеза. При этом в печени повсеместно определялись множественные крупные гранулемы, склонные к слиянию, что часто сопровождалось деструкцией желчных протоков печени. Характерной чертой крупноочагового туберкулеза печени являлось преобладание в гранулемах альтеративно-экссудативных изменений.

Вовлечение в туберкулезный процесс печени, уже измененной под воздействием гепатотропных вирусов, алкоголя и других факторов, способствовало декомпенсации функции печени, приводя к «печеночной» летальности ВИЧ-инфицированных больных.

Заключение. В настоящее время туберкулез у ВИЧ-инфицированных пациентов часто протекает на фоне хронического поражения печени различной этиологии (вирусной, токсической, алкогольной, туберкулезной). У ВИЧ-инфицированных пациентов отмечена высокая частота туберкулезного поражения печени, достигающая при ГТ 85%. Данные особенности необходимо учитывать как при терапии туберкулеза, так и при верификации причин поражения печени у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Литература

1. Koziel, M., Viral Hepatitis in HIV Infection / M. Koziel, M. Peters // N. Engl. J. Med. – 2007. – V356, N. 10. – P.1445-1454.
2. Скрыгина 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.

3. Харрис Э.Д., Маххер Д., Грэхем С. ТВ/ВИЧ. Клиническое руководство – 2-е издание. – ВОЗ, 2006. – 223 с.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

**Прокопчик Н.И., Михалевич В.В., Король Э.Э.,
Андреева О.В.**

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

Первичный рак печени (ПРП) является одним из распространенных злокачественных новообразований [1,2]. Опухоль чаще всего возникает из печеночных клеток (гепатоцеллюлярный рак), реже – эпителия внутрипеченочных желчных протоков (холангиоцеллюлярный рак). Необходимо отметить, что в изучении этиопатогенеза, патоморфологии, клинической диагностики гепатоцеллюлярного рака печени достигнуты неплохие результаты [3,4]. Успехи в изучении холангиоцеллюлярного рака (ХЦРП) более скромны. Республика Беларусь относится к региону с низким уровнем заболеваемости ПРП, однако отмечается рост заболеваемости. Основным морфологическим вариантом является гепатоцеллюлярный рак, встречающийся чаще у мужчин в возрасте старше 60 лет [3].

Холангиоцеллюлярный рак встречается преимущественно у больных старше 50 лет и составляет до 25% от всех злокачественных опухолей печени. ХЦРП часто развивается у больных с первичным склерозирующим холангитом, кистами желчных протоков, неспецифическим язвенным колитом. Кроме того, в развитии этой опухоли играет роль хроническая гельминтная инвазия, воздействие канцерогенов (родон, асбест) и наследственный фактор [1,4]. По гистологическому строению холангиоцеллюлярный рак в подавляющем большинстве (85-90%) представлен аденокарциномой, реже встречается плоскоклеточный и железисто-плоскоклеточный рак.

ХЦРП, в отличие от других первичных новообразований печени, характеризуется наличием признаков сегментарной желчной гипертензии, проявляющейся дилатацией прилежающих к опухоли желчных протоков, наличием желтухи, увеличением уровня щелочной фосфатазы и гамма-