

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 окраски в каждом конкретном случае.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ вскрытий пациентов, умерших от ВИЧ-инфекции в Гомельской области за 2006–2008 гг. / Е. Л. Красавцев [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.

УДК 616.992-091:616.98:578.828НIV

СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ГРИБКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Подольский С.О., Ефремова М. П.

Научный руководитель: врач-патологоанатом Д. А. Зиновкин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В эпоху появления и широкого распространения ВИЧ-инфекции, вызывающей прогрессирующий иммунодефицит и создающего благоприятные условия для развития оппортунистических инфекций, отмечено резкое увеличение частоты микозов, некоторые из которых являются непосредственной причиной смерти больных. По результатам комплексного обследования ВИЧ-инфицированных больных, проведенного О. Х. Гяурдиевой и соавт., было установлено, что микозы составляют 70 % в структуре клинических проявлений ВИЧ-инфекции наряду с другими инфекционными осложнениями. При этом 60–90 % больных ВИЧ-инфекцией страдали различными формами кандидоза, 5–20 % больных погибали от криптококкового менингита, у 60 % больных диагностируют пневмоцистную пневмонию, нередко случаи гистоплазмоза и аспергиллеза [1, 2].

Цель исследования

Исследование структуры патологии грибковых поражений у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы исследования

Материалом для исследования являлись протоколы вскрытия 376 умерших от ВИЧ-инфекции за 2004–2011 гг., с развившимися у них оппортунистическими грибковыми инфекциями различных локализации. Гистологические срезы окрашивались гематоксилином и эозином, по ШИК, по Граму, по Романовскою-Гимзе и метиленовым синим. Наличие грибковой инфекции подтверждалось микробиологическими методами.

Результаты и обсуждение

Наиболее часто, в 361 (96 %) на аутопсии определялся кандидоз различных локализации. Характеризовался глубоким поражением слизистых оболочек и наличием гиф,

псевдогиф и дрожжевых телец с характерным для прогрессирования данной инфекции «попарным» расположением.

Структура патологии грибковых оппортунистических инфекций представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Грибковые оппортунистические инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов умерших в 2004–2011гг.

Год	Рубрикооз	Онихомикоз	Кандидоз					Криптококкоз	Пневмоцистоз	Аспергиллез
			орофарингеальной области	пищевода	кишечника	сепсис	легких и трахеи			
2004	0	0	12 (3,2%)	0	3 (0,8%)	2 (0,5%)	2 (0,5%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)
2005	0	0	11 (2,9%)	0	0	0	1 (0,3%)	0	1 (0,3%)	0
2006	2 (0,5%)	4 (1%)	37 (9,8%)	2 (0,5%)	5 (1,3%)	3 (0,8%)	1 (0,3%)	3 (0,8%)	2 (0,5%)	0
2007	1 (0,3%)	5 (1,3%)	37 (9,8%)	0	0	1 (0,3%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	4 (1%)	0
2008	0	6 (1,5%)	62 (16,5%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	0	0	1 (0,3%)	7 (1,8%)	0
2009	3 (0,8%)	10 (2,6%)	65 (17,3%)	1 (0,3%)	0	0	0	1 (0,3%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)
2010	0	2 (0,5%)	71 (18,9%)	1 (0,3%)	0	0	1 (0,3%)	1 (0,3%)	4 (1%)	0
2011	1 (0,3%)	2 (0,5%)	66 (17,5%)	1 (0,3%)	3 (0,8%)	0	1 (0,3%)	2 (0,5%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)

Примечание. В структуре патологии микотических лидирует орофарингеальный кандидоз

Поражение органов *Cryptococcus neoformans* отмечалось в 10 (2,6 %) умерших. Патоморфологическая картина при диссеминированном криптококкозе у ВИЧ-инфицированных лиц представлена формированием множественных фокусов некроза со скоплениями криптококков в головном мозге, легких, печени, селезенке, лимфатических узлах, кишечнике. Наиболее выраженные изменения наблюдали при исследовании мягкой мозговой оболочки. Стенки сосудов были неправильной формы, в виде расширений и сужений. Выявили обширные участки некроза с десквамацией эндотелия и очаги кровоизлияния. Во всех случаях в просвете сосудов и периваскулярной зоне отмечали фокусы некрозов со скоплениями большого количества криптококков различного размера, округлой формы, с капсулой, значительно превосходящей диаметр самой дрожжевой клетки.

Пневмоцистная пневмония определялась на 21 (5,6 %) аутопсии. 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 патогномичным признаком пневмоцистной пневмонии.

Аспергиллез легких был выявлен у 3 (0,8 %) умерших. Гистологически определялись гифы в диаметре от 2,5 до 4,5 мкм, с наличием близко расположенных перемычек, при этом гифы ветвились под острыми углами близкими к 45°, имитируя ветки дерева. Вокруг гиф наблюдался преимущественно эозинофильный инфльтрат.

Поражение кожи рубромикозом наиболее часто наблюдалось в области кистей у 7 (1,9 %) пациентов, при этом отмечалось глубокое поражение кожи.

Онихомикоз наблюдался у 29 (7,7 %) умерших. Микроскопически в эпидермисе определялся паракератоз, акантоз и участки спонгиоза, инфильтрация нейтрофилами до дермы.

Заключение

Грибковые оппортунистические инфекции характеризовались обширностью и глубиной поражения, что не только утяжеляло состояние больного, но также часто приводило к его гибели. Высокий процент поражения кандидозом у данных пациентов может быть связан как с нерациональным использованием антимикробных препаратов, так и с частым наличием скрытого персистирования этого патогенного агента [2, 3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинико-морфологические особенности диссеминированного криптококкоза у ВИЧ-инфицированных пациентов / И. П. Чарушина [и др.] // Проблемы медицинской микологии. — 2011. — Т. 13. № 2. — С. 29–34.
2. *Kradin, R. L. Diagnostic pathology of infectious disease / R. L. Kradin. — Philadelphia: Saunders Elsevier, 2010. — 644 p.*
3. *Klatt, E. S. Pathology of AIDS / E. S. Klatt. — Version 7. — Utah: Department of pathology university of Utah, 1998. — P. 53–55.*

УДК 26:616.89 – 008.445

ПРАВОСЛАВНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ СТИГМАТИЗАЦИИ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

Полторан А. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Стигма определяется как признак пренебрежения или недоверия, который отделяет человека от остальных. В медицине под стигмой понимают последствия определенного диагноза, проявляющиеся в предубежденном отношении общества к его носителю. Факт, что психиатрический диагноз является стигмой, затрудняющей социальную адаптацию и реализацию предусмотренных законом прав, признан Всемирной психиатрической ассоциацией. Существуют определенные стереотипы в восприятии душевнобольных. Так двое из трех опрошиваемых будут утверждать, что определили бы психически больного «по глазам», «по взгляду» и т. д. Опросы общественного мнения, проводимые в Великобритании, выявили, что более 80 % респондентов одобрили следующее утверждение: «Большинство людей чувствуют себя неловко в присутствии психически больных». Часто переоценивают опасность душевнобольных. Но по статистическим данным они становятся преступниками не чаще, чем здоровые (около 3 %) [1]. Поколебать сложившийся стереотип чрезвычайно сложно, так как данная установка у многих людей присутствует как данность. При наличии психического заболевания стигматизации подвергается не только сам человек, но и его семья. Конечно, проблема стоит не в диагнозе, а в предвзятом отношении большинства людей, которые не понимают особенностей психических заболеваний, а лишь чувствуют нетипичность и отличие носителя диагноза.

История показывает, насколько глупа и опасна такая дискриминация. Политика расовой гигиены в нацистской Германии привела к стерилизации, а затем и физическому уничтожению многих людей, страдающих психическими расстройствами, и умственно отсталых в ходе программы умерщвления Т-4. Считалось, что неизлечимо больные «не заслуживают права на существование» и представляют собой «биологическую угрозу» для немецкой нации; кроме того, в качестве одного из оправдательных мотивов выступал экономический эффект от уничтожения «лишних людей», существование которых обходится дорого государству и обществу. Программа Т-4 послужила началом перехода гитлеровцев от отдельных преступлений к заранее планируемому массовым убийствам [2].

Одна из главных причин такого отношения к людям с психиатрическим диагнозом — недостаток знаний и низкая информированность населения и отдельных людей о проблемах психического здоровья. Именно поэтому люди, имеющие представления о психических болезнях и опыт общения с психически больными, имеют гораздо меньше предрассудков. Также не маловажен факт того, что редко кто отрицательно реагирует на проявления стигматизации.

Именно поэтому изменение отношения к психической болезни и душевнобольным, является основой преодоления стигматизации. И в этом деле не малую роль может сыграть православная церковь. По словам сотрудника российского Научного центра психического здоровья, психиатра Ольги Щелоковой, среди верующих на приходах процент