

Результаты и обсуждение

В результате была сформирована структура базы данных, создан интерфейс пользователя АРМ. Были проведены верификация и диагностика разработанного программного обеспечения. Использование разработанного программного-обеспечения на практике должно упростить и ускорить работу врача. Кроме того, включение в АРМ врача центра превентивной гастроэнтерологии прогностической морфологической классификации, данных о выявлении инфекции *Helicobacter pylori*, а также выполнение международных рекомендаций (Тихоокеанский консенсус) и существующих национальных протоколов (стандартов) диагностики и лечения больных — эффективный путь диспансерного наблюдения пациентов с предопухолевыми заболеваниями желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994 / M. F. Dixon [et al.] // Am J Surg Pathol. — 1996. — Vol. 20. — P. 1161.
2. Strickland, R. G. A reappraisal of the nature and significance of chronic atrophic gastritis / R. G. Strickland, I. R. Mackay // Am J Dig Dis. — 1973. — Vol. 18. — P. 426.
3. Dixon, M. L. [et al.] // Am. J. Surg. Pathol. — 1996. — Vol. 20. — P. 1161–1181.
4. Аруин, Л. И., А. В. Кононов, С. И. Мозговой // Архив патологии. — 2009. — Т. 71, № 4. — С. 11–18.
5. Kuipers, E. J. Helicobacter pylori and the risk and management of associated diseases: gastritis, ulcer disease, atrophic gastritis and gastric cancer / E. J. Kuipers // Aliment Pharmacol Ther. — 1997. — Vo. 11. — P. 71.

УДК 616.24+616.98:578.828(476.2)«2004-2011»

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2004–2011 ГГ.

Подольский С. О.

**Научные руководители: к.м.н., доцент Л. А. Мартемьянова,
врач-патологоанатом Д. А. Зиновкин**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

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 Гомельских районах, а так же г. Гомеле [1, 2].

Цель исследования

Определить и проанализировать структуру патологии легких среди умерших от ВИЧ-инфекции в Гомельской области за 2004–2011 гг.

Материалы и методы исследования

Материалом для исследования являлись легкие и внутригрудные лимфатические узлы 410 умерших от ВИЧ-инфекции за 2004–2011 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 Романовскоиу-Гимзе и метиленовым синим.

Результаты исследования

Туберкулез легких был обнаружен в 392 (95,6 %) случаях аутопсий. При макроскопическом исследовании в легких обнаруживались фиброзно-кавернозный туберкулез и казеозная пневмония в 60 (14,6 %) случаях и гематогенно-диссеминированные формы в 332 (80,9 %) случаях. Специфическое воспаление имели вид гнойно-некротических очагов мноморфного строения, располагающихся периваскулярно. Преобладание альтеративно-экссудативных реакции воспаления с минимальным проявлением продуктивного компонента определяло отсутствие признаков ограничения и организации очагов воспаления.

Поражение внутригрудных лимфатических узлов микобактериями туберкулеза отмечалось на 165 (40,2 %) 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.

Криптококкоз легких был определен в 10-и (2,4 %) случаях. Криптококки имели форму округлых, реже овальных клеток, диаметром 2–12 мкм, с одной слегка удлинённой почкой или двухконтурной оболочкой в виде светлого ореола [3].

Пневмоцистная пневмония была обнаружена у 21 (5,1%) 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 патогномичным признаком пневмоцистной пневмонии.

Поражение легких цитомегаловирусом отмечалось в 7 (1,7 %) 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].

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.

Аспергиллез легких наблюдался в 3 (0,7 %) случаях. Кандидозное поражение бронхов и легких определялось на 5 (1,2 %) аутопсиях.

Спектр оппортунистических заболеваний, вызванных вирусами, грибами представлен в таблице 1.

Таблица 1 — Спектр возбудителей грибковых и вирусных инфекций легких при ВИЧ-инфекции

Виды возбудителей	Год															
	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Цитомегаловирус	1	0,2	0	0	2	0,5	0	0	1	0,2	1	0,2	1	0,2	1	0,2
Криптококкоз	1	0,2	0	0	3	0,7	1	0,2	1	0,2	1	0,2	1	0,2	2	0,5
Пневмоцистоз	1	0,2	1	0,2	2	0,5	4	1	7	1,7	1	0,2	4	1	1	0,2
Аспергиллез	1	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2	0	0	1	0,2
Кандидоз бронхов и легких	0	0	0	0	3	0,7	1	0,2	0	0	0	0	0	0	1	0,2

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 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,