

УДК [616.831:616.993.192.1]:[616.98:578.828НIV]

**СЛУЧАЙ ТОКСОПЛАЗМОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА**

Гельфер П. С., Жиленок А. Д.

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В данной статье описывается клинический случай токсоплазмоза головного мозга у ВИЧ-инфицированного пациента. Токсоплазмоз является одной из основных оппортунистических инфекций. Заболеваемость населения токсоплазменной инфекцией варьирует по регионам от 3 до 90 %. Самые высокие показатели заболеваемости токсоплазмозом отмечаются в государствах Южной Америки (42–72 %) и Азии (40 %).

Цель

Описать морфологические и клинические проявления токсоплазмоза головного мозга у ВИЧ-инфицированного пациента.

Материал и методы исследования

При исследовании использовались медицинская карта стационарного пациента, протокол патологоанатомического вскрытия, медицинская литература, содержащая актуальную информацию о токсоплазмозе, макро- и микрофотографии головного мозга.

Результаты исследования и их обсуждение

Самое частое поражение головного мозга у ВИЧ-инфицированных пациентов возникает от токсоплазменной инфекции. У иммунокомпетентного человека токсоплазмоз, как правило, протекает латентно. При микроскопическом исследовании морфологическими проявлениями являются пролиферация микроглии и некроз. В инфильтратах присутствуют моноциты, лимфоциты, плазматические клетки, а также нейтрофилы. По сторонам от очагов некроза часто находят цисты возбудителя. При микроскопии центрифугата ликвора, окрашенного по Романовскому — Гимзе, можно обнаружить токсоплазмы, которые могут располагаться как внутри- так и внеклеточно.

Пациент Л., 1969 г.р., по настоянию родственников обратился в Гомельскую областную инфекционную клиническую больницу, в связи с появлением неврологической симптоматики. При поступлении менингеальных симптомов не выявлено. Пациент жалобы конкретизировать не смог, был дезориентирован во времени и пространстве. Со слов родственников ухудшение состояния наблюдалось в течение 10 дней, за это время отказала правая часть тела.

Клинический диагноз: ВИЧ-инфекция, 4 клиническая стадия, выраженная иммуносупрессия (CD4 — 18 клеток/мкл). ВИЧ-ассоциированное поражение головного мозга: токсоплазмоз головного мозга? Лимфома головного мозга? Генерализованная лимфоаденопатия. Орофарингеальный кандидоз. Отек головного мозга.

Обследование. Мультиспиральная компьютерная томография головного мозга (МСКТ): Множественные разнокалиберные очаги неоднородно пониженной плотности в обеих гемисферах головного мозга $D < S$, в стволе головного мозга, в левой гемисфере мозжечка с неровными, нечеткими контурами с тенденцией к слиянию (наиболее крупный до 82×49 мм в подкорковых ядрах и левой височной доле). Срединные структуры головного мозга смещены слева направо на 5 мм, базальные цистерны несколько сужены и асимметричны. Умеренно компремированный левый боковой и III же-

лудочки. Субарахноидальные щели обычной прозрачности, не расширены, сглажены. Пневматизация околоносовых пазух не нарушена. Кости свода и основания черепа в зоне сканирования не изменены.

Заключение: КТ — картина множественных гиподенсных очагов в обеих гемисферах головного мозга, в стволе головного мозга, левой гемисфере мозжечка (более вероятно, проявление основного заболевания — в анамнезе — ВИЧ-менингоэнцефалит? Лимфома?). Умеренный отек и дислокация головного мозга. Для уточнения характера изменений рекомендуется МРТ головного мозга.

Посев слизи из зева на грибы рода *Candida*: В посевах выделили: 1. *C. albicans* 10^3 . 2. *C. krusei* 10^4 .

Исследование крови методом полимеразной цепной реакции: ДНК Herpes simplex 1 и 2 тип, цитомегаловируса не обнаружены, вирус Эпштейна-Барр в крови — обнаружен; исследование ликвора на микрофлору — условно патогенной и патогенной флоры не обнаружено; исследование крови на маркеры вирусных гепатитов методом иммуноферментного анализа: HBsAg и a-HCV-tot — отрицательные.

Несмотря на проводимую терапию, состояние пациента прогрессивно ухудшалось. Произошла остановка сердечной и дыхательной деятельности. Была начата сердечно-легочная реанимация, которая оказалась не эффективной. Зафиксирована биологическая смерть. Тело умершего пациента направлено на патологоанатомическое вскрытие.

Макроскопическое описание: Мозг 1460 г, борозды сглажены, извилины уплощены, отечны. Сосудистая оболочка полнокровна. Желудочки мозга незначительно расширены, в полостях определяются следы мутного ликвора. Серое и белое вещество на разрезе дифференцируется четко. В лобной доле правого полушария на базальной поверхности, субкортикальной зоне, определяется абсцесс, овальной формы светло-желтого цвета, размерами $1 \times 0,5$ см. В области правой нижней лобной извилины с переходом на мягкую мозговую оболочку находится абсцесс 0,8 см в диаметре. В левом хвостатом ядре находится абсцесс, округлой формы 1 см в диаметре, светло-желтого цвета; в стенке правого желудочка, в области хвостатого ядра определяется участок мозга рыхлой консистенции 2,5 см в диаметре. В правом таламическом ядре определяются 2 абсцесса по 0,7 см в диаметре. Латеральнее на 1 см находится абсцесс 2 см в диаметре с рыхлым содержимым светло-желтого цвета, в центре с красным окрашиванием (рисунок 1).



Рисунок 1 — Периталамический абсцесс

В левом таламическом ядре находится абсцесс 0,7 см в диаметре, аналогичного вида. Ткань базиса моста неоднородна, с нечеткими контурами мозгового рисунка. Покрышка моста визуально не изменена. Черная субстанция среднего мозга дифференцируется. Ножки мозга без макроскопических изменений. Оливы продолговатого мозга на разрезе белого цвета. Мягкая мозговая оболочка мозжечка прозрачная, блестящая, со-

суды резко полнокровны. На разрезе кора и белое вещество дифференцируется четко, зубчатые ядра отчетливо выделяются.

Микроскопическое описание: Очаги некроза, глиоз, очаги демиелинизации, кровоизлияния, наличие цист, псевдоцист, токсоплазм в ткани мозга. Выраженный периваскулярный, перичеллюлярный отек.

После вскрытия выставлен заключительный патологоанатомический диагноз.

Основное заболевание. ВИЧ-инфекция 4-я клиническая стадия: токсоплазмоз головного мозга с формированием множественных абсцессов с локализацией в субкортикальных отделах лобной доли правого полушария, в базальных ядрах и стволовых структурах головного мозга, дефицит массы тела более 10 %, атрофия фолликулов белой пульпы селезенки.

Осложнения. Отек, набухание головного мозга.

Выводы

Данный клинический случай отражает морфологические и клинические проявления, а также способы прижизненной и посмертной диагностики токсоплазмоза головного мозга.

УДК 616.345-018:616.348-002-002.191

МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ И МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПОРАЖЕННЫХ УЧАСТКОВ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОМ КОЛИТЕ

Гертман В. Д., Дорошевич К. Н.

Научный руководитель: ассистент Г. В. Тищенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Псевдомембранозный колит — заболевание, этиологическим фактором которого является цитотоксин, продуцируемый *C. difficile*. Характерная локализация воспалительных изменений в толстом кишечнике, так как это наиболее естественная среда обитания анаэробных клостридий. Клинически данное заболевание проявляется метеоризмом, интоксикацией, болями в области живота и диареей с примесью слизи и крови, редко характерна клиника острого живота [1, 2].

Цель

На основе патологоанатомических протоколов вскрытий исследовать особенности микроскопического и макроскопического строения участков кишечника, пораженного псевдомембранозным колитом.

Материал и методы исследования

Теоретический анализ данных, полученных из протоколов патологоанатомических исследований 4 стационарных пациентов на базе ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро».

Результаты исследования и их обсуждение

Первый пациент: мужчина, 85 лет.

Макроскопическая картина: стенка толстой кишки преимущественно в проксимальных отделах утолщена до 0,6 см. Слизистая оболочка слепой, восходящей и поперечной ободочной кишки с множественными бляшковидными, местами сливающимися наложениями, серо-зеленого цвета.