

(50 %) пациентов, 3-я стадия ПГЛ — у 1 (12,5 %) пациентов, случаев с 4-й и 5-й стадиями ПГЛ не было.

Заключение

При гистологическом исследовании ЛУ на ранних стадиях ВИЧ-инфекции преобладает 1-я и 2-я стадия ПГЛ, проявляющаяся сохранностью ЛФ, и CD20+ реакцией в корковом слое ЛУ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bartlett, J.G. Medical management of HIV infection: South African Edition. / J.G. Bartlett, J.E. Gallant, F.M. Conradie. – Durham, NC, USA: TheraSim Inc., 2008. – 354 p.
2. Bennett, J.E. Mandell, Douglas, and Bennett's. Principles and Practice of Infectious Diseases / J.E. Bennett, R. Dolin, M.J. Blaser. – 8th ed. – Philadelphia: Elsevier, 2015. – 3577 p.
3. Тищенко, Г.В. Клинико-морфологические особенности персистирующей генерализованной лимфаденопатии при ВИЧ-инфекции / Г.В. Тищенко, В.М. Цыркунов // Клиническая инфектология и паразитология. – 2019. – Т. 8, № 3. – С. 391-400.
4. WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children // World Health Organization [Electronic resource]. – 2007. – Mode of access: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43699/9789241595629_eng.pdf. – Date of access: 14.09.2019.
5. Vajpayee, M. CDC staging based on absolute CD4 count and CD4 percentage in an HIV-1 infected Indian population: treatment implications / M. Vajpayee [et al.] // Clinical & Experimental Immunology. – 2005. – Vol. 141, № 3. – P. 485-490.

УДК 616.24-007.415-006-005.1:618.14-002

ЭНДОМЕТРИОЗ ЛЕГКОГО (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Тищенко Г. В., Шалыга А. И., Мартемьянова Л. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Эндометриоз — патологический процесс, характеризующийся наличием эндометриальной ткани, вне пределов слизистой оболочки матки. Это относительно распространенное заболевание, большинство источников указывают на распространенность от 5 до 15 % среди женщин репродуктивного возраста. Средний возраст женщин с торакальным эндометриозом составляет $35 \pm 0,6$ лет [1].

В отличие от перитонеального и ректовагинального эндометриоза, торакальная или легочная форма эндометриоза, является редким состоянием, которое включает четыре клинических состояния: катамениальный пневмоторакс, катамениальный гемоторакс, катамениальный гемопизис и узелки в легких [2].

Лечение легочного эндометриоза подразумевает хирургическое вмешательство с резекцией всех пораженных тканей [2].

Цель

Изучить особенности клинической и морфологической диагностики и дифференциальной диагностики эндометриоза легкого.

Материал и методы исследования

Изучены данные медицинской карты стационарного пациента, данные объективных обследований, макроскопическая и микроскопическая картина удаленного фрагмента легкого.

Для морфологического исследования материал подвергался стандартной процедуре гистологической обработки. Препараты заливали в парафин, срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Изучение микропрепаратов проводилось с помощью световой микроскопии, на микроскопе Leica DM2500.

Классическая морфологическая картина эндометриоза предполагает наличие ткани, состоящей из желез, выстланных призматическим эпителием эндометриоидного или тубарного типа, наличие эндометриодной стромы, зачастую с участками псевдоэпителиализации, а также псевдоксантоматозными макрофагами с внутриклеточным содержанием гемосидерина, как следствие множественных стромальных кровоизлияний в зоне повреждения [3, 4]. При наличии двух из трех вышеперечисленных трех гистологических критериев, правомочно выставление диагноза «эндометриоз» [5].

Результаты исследования и их обсуждение

Представлен редкий случай патологии — эндометриоз легкого у пациентки молодого возраста. Описаны морфологические изменения в легком, их взаимосвязь с данными клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Показана на конкретном примере сложность прижизненной верификации диагноза без гистологического подтверждения.

История заболевания. Изменения в легких выявлены при прохождении планового ФЛГ обследования. Направлена на консультацию торакального хирурга ГОКБ.

Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Общее состояние пациента удовлетворительное.

АД — 120/80 мм рт. ст. Пульс — 78 уд/мин, удовлетворительного напряжения и наполнения. Тоны сердца ясные, ритмичные. Границы относительной тупости сердца не расширены. Отеков нет.

Число дыханий в минуту 15. Грудная клетка нормальной формы. Обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторно: над всеми легочными полями с обеих сторон легочной звук. Хрипов нет. Бронхофония: норма. Аускультативно: дыхание везикулярное над всеми легочными полями.

Компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК) ЭЭД: 9,4 мЗв (рисунок 1).

В заднемедиальном отделе нижней доли левого легкого (проекционно S10) определяется образование неправильной полигональной, разветвленной формы, состоящее из кистозных полостей с жидкостным содержимым (плотность содержимого при контрастировании не изменяется), размерами 27 × 41 × 69 мм, контур четкий, неровный, прилежит к диафрагме. По периферии определяются неравномерно расширенные легочные дольки. К образованию подходит аберрантная артерия, отходящая от боковой поверхности нисходящего отдела грудной аорты.

Очаговых и инфильтративных изменений в остальных легочных полях не выявлено.

Просвет трахеи и главных бронхов не изменен. Стенки бронхов не утолщены.

Средостение не расширено, не смещено, структура обычная. Структуры средостения дифференцируются хорошо, денситометрические показатели клетчатки не изменены. Внутригрудные лимфоузлы не увеличены.

Свободной жидкости в плевральных полостях нет. Костных деструктивных изменений не выявлено. Патологических изменений в верхнем этаже брюшной полости на уровне исследования не выявлено.

Заключение: КТ-картина внутридолевой секвестрации нижней доли левого легкого.

Исследования. ЭКГ. Ритм синусовый ЧСС 78 уд/мин, ЭОС вертикальная.

Группа крови вторая, резус-отрицательная.

Коагулограмма: АЧТВ 31,0, ПТИ 0,88, ТВ 16,1, фибриноген 2,6.

Анализ крови общий: Hb — 134 г/л, Eг — 4,47, СОЭ — 23 мм, L — 8,69, э — 4, п — 8, с — 56, л — 28, м — 4.

Анализ мочи общий: светло-желтая, прозрачная, кислая, м/м, белок нет, сахар нет, Eг — 30–35, Le 6–8.

Биохимический анализ крови: мочевины — 3,6 ммоль/л, билирубин — 8,4 ммоль/л, глюкоза — 5,7 ммоль/л, креатинин — 70 мкмоль/л, общий белок — 69,5 г/л.



Рисунок 1 — КТ ОГК. В 10 сегменте левого легкого образование с наличием aberrантной артерии (правый нижний угол)

С учетом данных клиничко-лабораторных исследований произведено высокотехнологическое медицинское вмешательство под эндотрахеальным наркозом: видеоассистированная анатомическая нижняя лобэктомия слева с перевязкой aberrантных сосудов.

Через троакарный разрез в левую плевральную полость введен видеоторакоскоп. При ревизии в нижней доле образование до 6 см в диаметре, к образованию идет один aberrантный сосуд из грудного отдела аорты. В корне увеличенные плотные лимфоузлы до 1,0 см. Сосуд, идущий к образованию выделен, перевязан, прошит и пересечен. Сосуды нижней доли выделены, перевязаны прошиты и пересечены. Выделен нижнедолевой бронх; прошит и отсечен. Нижняя доля удалена. Линия механического шва бронха дополнительно укреплена. Описание макропрепарата в истории болезни: нижняя доля с плотным образованием до 6 см в диаметре, на разрезе серо-красного цвета, определяются очаги деструкции.

Описание макропрепарата в патогистологической лаборатории: конусовидный фрагмент ткани легкого, серо-багрового цвета, размерами 10 × 5 × 6 см. Плевра тусклая, частично покрыта фибрином. В одном из участков имеется линейный операционный разрез длиной 4,5 см тусклого вида, из которого выделяется вязкая мутная темно-багровая жидкость. На разрезе множественные кистозные структуры от 0,4 до 1,0 см диаметром, с перифокальным уплотнением ткани легкого. Субплеврально определяются кистозные полости сотового вида (соты от 0,6 до 1,5 см диаметром) на участке протяженностью около 5,0 см.

Гистологическое описание препарата: ткань легкого с множественными железами, выстланными гиперхромным секретирующим эпителием, без признаков тканевой и клеточной атипии, очагами клеточной стромы с децидуоподобной трансформацией и гемосидерозом. Перифокально в ткани легкого множественные кровоизлияния и очаги геморрагического пропитывания. *Заключение:* Легочный эндометриоз (рисунок 2).

Ввиду наличия большого количества неравномерно расположенных желез с гиперхромными клетками, проводилась дифференциальная диагностика с аденокарциномой легкого. Однако отсутствие признаков клеточной атипии и митотической активности, наличие характерной децидуоподобной стромы с множественными гемосидерофагами, а также множественные кровоизлияния в строме позволили выставить правильный диагноз.

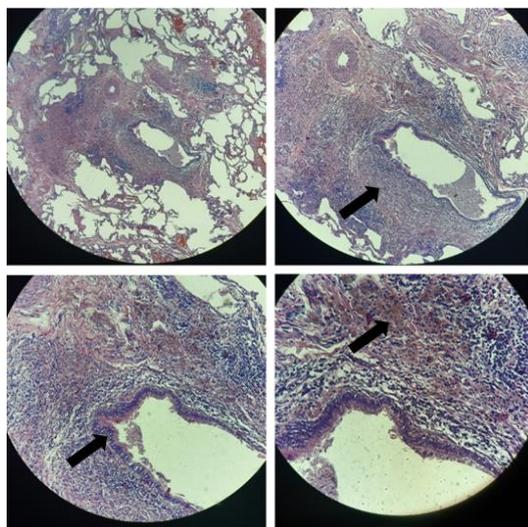


Рисунок 2 — Эндометриоз легкого. Присутствуют все 3 гистологических критерия эндометриоза: эндометриоидные железы (стрелка на микрофотографии снизу слева), эндометриоидная строма (стрелка на микрофотографии сверху справа), гемосидерофаги (стрелка на микрофотографии снизу справа). Окраска гематоксилин-эозин, увеличение x50 (сверху слева), x100 (сверху справа), x200 (снизу слева), x400 (снизу справа)

Заключение

Эндометриоз легкого — редкая патология и важно помнить о возможности её наличия у пациенток репродуктивного возраста.

Данный случай подтверждает важность использования достоверных критериев диагностики в практике патолога, а также важность преемственности знаний между патологом и клиницистом в повседневной работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эндометриоз: теории происхождения / А. В. Кононов [и др.] // Омский научный вестник. — 2008. — № 1 (65). — С. 32–36.
2. Thoracic endometriosis: current knowledge / M. Alifano [et al.] // The Annals of thoracic surgery. — 2006. — Vol. 81, № 2. — С. 761–769.
3. *Clement, P. B.* The pathology of endometriosis: a survey of the many faces of a common disease emphasizing diagnostic pitfalls and unusual and newly appreciated aspects / P. B. Clement // Advances in anatomic pathology. — 2007. — Vol. 14, № 4. — С. 241–260.
4. *Boyle, D. P.* Peritoneal stromal endometriosis: a detailed morphological analysis of a large series of cases of a common and under-recognised form of endometriosis / D. P. Boyle, W. G. McCluggage // Journal of clinical pathology. — 2009. — Vol. 62, № 6. — С. 530–533.
5. Endometriosis / S. E. Bulun [et al.] // Endocr. Rev. — 2019. — № 40. — P. 1048–1079.

УДК 611.986-055.2:527.781.64

ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТОП ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ ОТ 17 ДО 25 ЛЕТ

Шестерина Е. К., Коваленко В. В., Липовка В. О., Васильчик В. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Антропометрические исследования имеют прогностическую ценность и отчетливую практическую направленность в доклинической диагностике. В медицине нет четкого разграничения нормы и патологии как весьма пластичных состояний, которые имеют большое количество переходных форм, вследствие чего установить четкую грань между ними часто не представляется возможным. В этом плане существенно воз-