

УДК [616.98:578.828:616-002.5:616.36-002-022.6]-091

С.Н. Потапов, Н.И. Горголь, Д.И. Галата

Харьковский национальный медицинский университет

КО-ИНФЕКЦИЯ ВИЧ, ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С (КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Приведен случай клинико-морфологического наблюдения ко-инфекции, включающей ВИЧ, вирусный гепатит С и туберкулез, у 28-летней наркозависимой пациентки. Патолого-анатомическое исследование показало крайне неблагоприятное течение туберкулеза и активного вирусного гепатита С в виде его некротизирующей формы. Данное наблюдение представляет клинический и морфологический интерес как мало изученное заболевание в структуре инфекционных болезней.

Ключевые слова: ко-инфекция, ВИЧ, вирусный гепатит С, туберкулез.

Наличие двух или более инфекций в организме называют ко-инфекцией. Глобальная распространенность ко-инфекции неизвестна, но вместе с тем она является рядовым явлением. В настоящее время большой процент ВИЧ-инфицированных людей также одновременно заражен вирусным гепатитом С. Сегодня в Европе среди ВИЧ-позитивных пациентов частота гепатита С достигает 50–90 %. Не так давно заболевание печени стало одной из ведущих причин смерти у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Широко распространенным примером ко-инфицирования является сочетанное заражение ВИЧ и туберкулезом. По оценочным данным, одна треть из 40 млн людей, живущих с ВИЧ во всем мире, заражены и туберкулезом. Вероятность заболеть туберкулезом в течение отдельно взятого года для ВИЧ-инфицированного человека в 50 раз выше, чем у ВИЧ-отрицательного индивидуума [1].

Истинное количество больных с ко-инфекцией в Украине не определено из-за трудностей диагностики. Но, скорее всего, это число значительное, так как общий уровень заболеваемости туберкулезом и распространенность ВИЧ-инфекции высоки [2].

Сама по себе ВИЧ-инфекция, даже в виде ко-инфекции с хроническими вирусными гепатитами, не приводит к быстрым летальным последствиям и не является главной причиной смерти больных. Фатальным для таких больных обычно является заражение микобактериями туберкулеза и развитие туберку-

леза легких. У ВИЧ-инфицированных гораздо быстрее прогрессируют хронические заболевания печени, обусловленные вирусами гепатитов В и С, что также увеличивает летальность. Вирусный гепатит С также может способствовать активации туберкулеза и утяжелить его течение [3, 4].

Несмотря на то, что подходы к морфологической диагностике ВИЧ, туберкулеза и вирусного гепатита С к настоящему времени сформированы, многие теоретические и практические аспекты ко-инфицирования нуждаются в комплексном изучении с обязательным морфологическим анализом [5–8].

Следует отметить, что в подавляющем большинстве наблюдений, касающихся ко-инфекций, даже при формальном совпадении клинического и патолого-анатомического диагнозов, последний практически всегда уточняется и дополняется, зачастую весьма существенно.

В данной статье мы приводим пример ко-инфекции, включавшей в себя одновременное течение трех инфекций. Пациентка В., 28 лет, инъекционная наркоманка на протяжении последних четырех лет жизни. ВИЧ-инфекция выявлена два года назад, во время пребывания в противотуберкулезном диспансере, где больная получала лечение по поводу диссеминированного туберкулеза легких. Антиретровирусную терапию не принимала.

При поступлении в стационар больная предъявляла жалобы на общую слабость, тошноту, субфебрилитет, головную, мышечную

© С.Н. Потапов, Н.И. Горголь, Д.И. Галата, 2017

и суставную боль. Также больную беспокоили кашель с выделением мокроты, тяжесть и периодические боли в правом подреберье. Объективно отмечалась субфебрильная температура, легкая иктеричность кожи и склер, гепато- и спленомегалия. Несмотря на проводимое лечение, состояние пациентки прогрессивно ухудшалось, и через три недели после манифестации заболевания больная скончалась.

При аутопсии макроскопически печень увеличена, с мелкой бугристостью на всем протяжении, нижний край ее закруглен. Ткань печени плотная, поверхность среза красновато-желтоватая, малокровная, с различными белесоватыми прослойками вокруг долек. Печеночные вены с гладкой блестящей интимой, умеренно расширены, полнокровны. Ветви воротной вены расширены, с серовато-синюшной, гладкой и блестящей интимой. Субкапсулярно и в толще паренхимы – множественные серовато-желтоватые плотноватые очаги диаметром по 0,5 см.

Микроскопическое исследование печени выявило картину некротизирующей формы хронического активного гепатита. Обнаружено сочетание следующих признаков: нарушение балочного строения печени, дисконкомплексация и выраженная гетерогенность (полиморфизм) гепатоцитов, выраженная жировая, гидропическая и баллонная дистрофия, многочисленные апоптозные тельца. В различных отделах долек встречаются некрозы гепатоцитов: субмассивные, перипортальные, фокальные, мостовидные (рис. 1). Местами некрозы паренхимы носят массивный

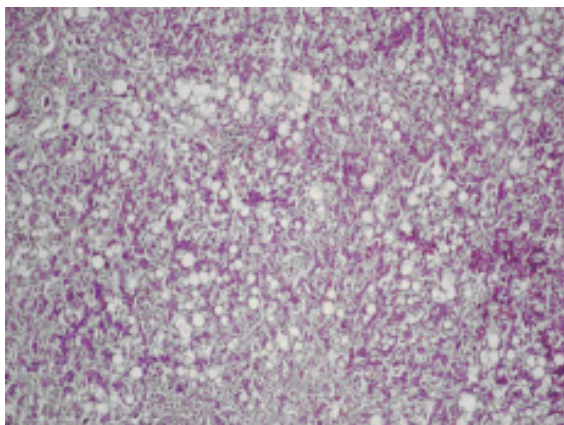


Рис. 1. Дисконкомплексация и полиморфизм гепатоцитов, их выраженная гидропическая, жировая и баллонная дистрофия, очаговые некрозы гепатоцитов. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$

характер. Портальная и внутридольковая строма диффузно инфильтрирована лимфоцитами и макрофагами с примесью плазматических клеток, эозинофильных и нейтрофильных лейкоцитов. Отмечается поражение желчных протоков с их деструкцией и последующей пролиферацией. Также в печени обнаружены миллиарные туберкулезные бугорки как продуктивного, так и экссудативно-некротического типа. Гранулематозная реакция выражена слабо. На периферии бугорков встречаются одиночные гигантские многоядерные клетки Пирогова–Лангханса (рис. 2).

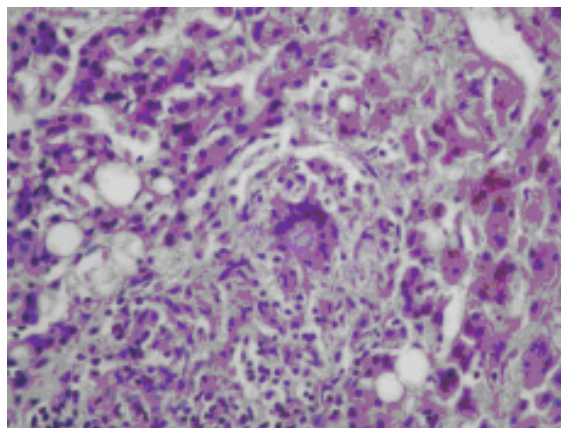


Рис. 2. На периферии туберкулезного бугорка определяется одиночная гигантская многоядерная клетка Пирогова–Лангханса. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$

Легкие на разрезе красноватого цвета, с наличием на поверхности срезов множественных, диффузно расположенных очагов беловато-желтоватого цвета размерами 2–3 мм. Микроскопически в легких определяются множественные казеозно-пневмонические очаги, местами сливного характера, имеющие вид бесструктурных участков, при этом некротические изменения преобладают над перифокальными воспалительными (рис. 3).

Обширные участки казеозного некроза, лейкоцитарно-некротические очаги с отсутствием эпителиоидных и гигантских многоядерных клеток Лангханса и слабой лимфоцитарной инфильтрацией вокруг некроза свидетельствуют об угнетении клеточного иммунного ответа [9].

В селезенке и почках также определяются как множественные туберкулезные гранулемы, так и крупные очаги казеозного некроза. Наряду с описанными изменениями, в периферических органах иммуногенеза происходит опустошение (делимфотизация) структурно-функциональных зон (рис. 4).

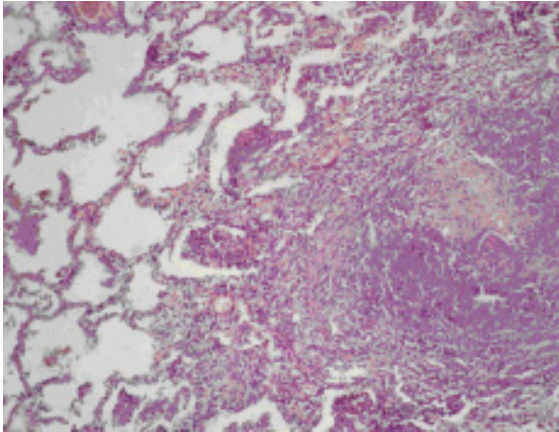


Рис. 3. Крупный казеозно-пневмонический очаг, имеющий вид бесструктурного участка. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$

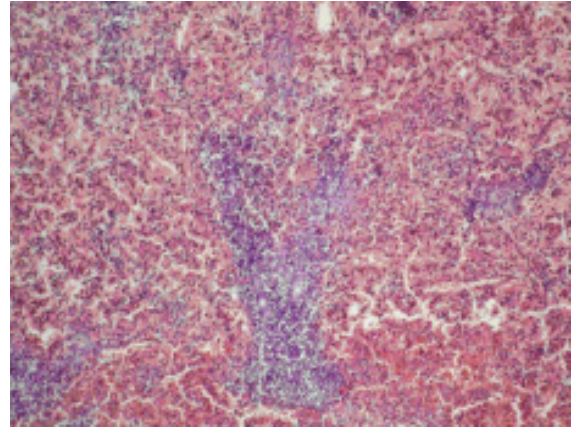


Рис. 4. Выраженное опустошение красной пульпы, а также Т- и В-зависимых зон белой пульпы селезёнки. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$

Анализ данного наблюдения подтверждает, что ко-инфекция, включающая в себя ВИЧ, вирусный гепатит С и туберкулез, имеет несколько иные клинико-морфологические проявления, нежели входящие в нее заболевания, протекающие в виде моноинфекций, а поэтому ее необходимо рассматривать как особое заболевание, требующее других подходов к скринингу, диагностике и тактике ведения больных.

Выводы

1. Патолого-анатомическое исследование показало, что при ко-инфекции ВИЧ, вирусного гепатита С и туберкулеза имеет место более высокая степень некротических и во-

спалительных изменений, а именно крайне неблагоприятное генерализованное течение туберкулеза с преимущественно альтеративными поражениями и тяжелейшее течение активного гепатита в виде его некротизирующей формы.

2. Представители ко-инфекции оказывают друг на друга синергический эффект, утяжеляя и одновременно изменяя типичные проявления отдельно взятых инфекций.

3. Очевидно, что многие аспекты сочетанного течения ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусного гепатита С нуждаются в дальнейшем комплексном изучении с обязательным морфологическим анализом.

Список литературы

1. Цинзерлинг В.А. ВИЧ-инфекция и туберкулез. Проблемы клинико-морфологических сопоставлений / В.А. Цинзерлинг // Медицинский академический журнал. – 2013. – Т. 13, № 4. – С. 87–91.
2. Наказ МОЗ України від 28.05.08 № 276. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію.
3. Клинические проявления хронического вирусного гепатита С у больных ВИЧ-инфекцией / М.М. Абдикеримов, А.И. Романенко, С.Т. Жолдошев, Б.А. Джаркынбаева // Молодой ученый. – 2011. – Т. 2, № 6. – С. 179–183.
4. Friedland G. V Infectious Disease Comorbidities Adversely Affecting Substance Users with HIV: Hepatitis C and Tuberculosis / G. Friedland // Acquir Immune Defic Syndr. – 2010. – Vol. 55, Suppl. 1, December 1. – P. 37–42.
5. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение. / В.В. Покровский, Т.Н. Ермак, В.В. Беляева, О.Г. Юдин. – М.: Медицина, 2003. – 489 с.
6. Вирус иммунодефицита человека – медицина / под ред. Н.А. Белякова и А.Г. Рахмановой. – СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2010. – 752 с.
7. Цинзерлинг А.В. Современные инфекции. Патологическая анатомия и вопросы патогенеза / А.В. Цинзерлинг, В.А. Цинзерлинг. – СПб.: Сотис, 2002. – 352 с.
8. Цинзерлинг В.А. Актуальные проблемы морфологической диагностики и патоморфоз ВИЧ-инфекции / В.А. Цинзерлинг, Д.В. Комарова, А.Г. Рахманова // Архив патологии. – 2010. – № 2. – С. 26–30.

9. Кальфа М.А. Морфологические особенности диссеминированного туберкулеза легких на фоне ВИЧ-инфекции в зависимости от степени угнетения иммунитета / М.А. Кальфа, Т.Г. Филоненко // Таврический медико-биологический вестник. – 2013. – Т. 16, № 4 (64). – С. 65–69.

S.M. Potapov, N.I. Gorgol, D.I. Galata

КО-ІНФЕКЦІЯ ВІЛ, ТУБЕРКУЛЬОЗУ І ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С (КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Наведено випадок клініко-морфологічного спостереження ко-інфекції, що включає ВІЛ, вірусний гепатит С і туберкульоз, у 28-річної наркозалежної пацієнтки. Патолого-анатомічне дослідження показало вкрай несприятливий перебіг туберкульозу та активного вірусного гепатиту С у виді його некротизуючої форми. Дане спостереження представляє клінічний і морфологічний інтерес як мало вивчене захворювання в структурі інфекційних хвороб.

Ключові слова: ко-інфекція, ВІЛ, вірусний гепатит С, туберкульоз.

S.N. Potapov, N.I. Gorgol, D.I. Galata

CO-INFECTION INCLUDING HIV, TUBERCULOSIS AND VIRAL HEPATITIS TYPE C (CLINICOPATHOLOGIC RESEARCH)

A case of clinicopathologic surveillance of co-infection including HIV, tuberculosis and viral hepatitis type C in a drug-addicted patient, aged 28, is being reported. Clinicopathologic observation stated abnormally unfavorable tuberculosis and active hepatitis course in its necrotizing form. The stated clinicopathologic research can be of great interest being an underexplored case within the structure of infectious diseases.

Key words: co-infection, HIV, viral hepatitis type C, tuberculosis.

Поступила 16.01.17