

І. В. Ліскіна, Л. М. Загаба, О. Д. Ніколаєва, Н. А. Гріцова
МОРФОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА ЇЇ ОСОБЛИВОСТІ ПРИ ПАТОЛОГІЇ
ПЕРИФЕРИЧНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ ХВОРИХ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ/СНІД
(ЗА КОНСУЛЬТАТИВНИМ МАТЕРІАЛОМ)

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність

Проблема ВІЛ-інфекції наразі залишається найактуальнішою для нашого суспільства, оскільки Україна посідає перше місце в Європі щодо поширеності цієї недуги. В останні роки в Україні спостерігається постійне зростання кількості випадків ко-інфекції туберкульозу/ВІЛ/СНІД. Туберкульоз, як найбільш розповсюджене опортуністичне захворювання, став головною причиною захворюваності і смертності у хворих на СНІД. ВІЛ-інфекція значно підвищує ризик активного туберкульозу і, навпаки, туберкульоз несприятливо впливає на перебіг ВІЛ-інфекції. В Україні захворюваність на туберкульозу/ВІЛ/СНІД у 2015 році становила 10,3 на 100 000 населення. Однією з причин невчасної діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД є атиповий перебіг туберкульозу. Туберкульоз на фоні ВІЛ-інфекції у 50,0–70,0 % випадків має позалегенову локалізацію і приєднується до СНІДу частіше тоді, коли рівень CD 4+ лімфоцитів у крові знижується понад 200 клітин/мкл. На пізніх стадіях ВІЛ-інфекції питома вага дисемінованого туберкульозу і туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів становить 60,0–70,0 % випадків. Труднощі своєчасної діагностики активного туберкульозу обумовлені вкрай схожою клінічною симптоматикою двох захворювань. Тому існує нагальна потреба удосконалення діагностики туберкульозу, в тому числі і позалегенових форм, серед хворих з ВІЛ-інфекцією. Однією з найбільш розповсюджених форм позалегенового туберкульозу є специфічне ураження лімфатичної системи, що, за даними літератури, складає понад 30,0 % випадків. Найчастіше у даного контингенту хворих уражуються шийні, надключичні, підключичні, підщелепні та пахові лімфатичні вузли. З метою верифікації діагнозу поєднаної патології у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД з ознаками лімфаденопатії необхідно проводити саме біопсію уражених лімфатичних вузлів. На жаль, у деяких випадках вона буває неінформативною через нехарактерні для туберкульозу морфологічні ознаки, а саме внаслідок збіднення лімфатичної системи лімфоїдними елементами без формування центрального казеозного некрозу та гранульоматозного характеру запалення загалом. У таких хворих часто виникає ціла низка інших інфекційних хвороб вірусної, бактеріальної природи та, особливо, грибкової етіології. Саме наростання рівня імуносупресії у хворих на ВІЛ є ключовим чинником конверсії грибів-сапрофітів, вірусів у їх патогенні форми (пневмоцисти, кандіди, цитомегаловірусна інфекція), а також приєднання інших видів патогенної мікрофлори. Нерідко виразна імуносупресія потенціює розвиток пухлин — як специфічних для ВІЛ-інфекції (саркома Капоші, лімфоми), так і неспецифічних.

Усі ці патології у більшості випадків призводять й до виникнення лімфаденопатії, причому, переважно генералізованого типу.

Мета дослідження

Визначити найбільш розповсюджені захворювання лімфатичних вузлів у ВІЛ/СНІД інфікованих хворих.

Матеріали та методи

У дослідження увійшло 39 випадків ВІЛ-інфікованих хворих, яким було надано консультативну допомогу з метою уточнення діагнозу при синдромі лімфаденопатії неясного генезу в лабораторії патоморфології ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України". Всім хворим при попередньому обстеженні виконана ексцизійна біопсія лімфовузлів різних груп (анатомічної локалізації), отримані гістологічні препарати. Останні представлені для консультації в лабораторію патоморфології.

Усі хворі на момент біопсії лімфатичних вузлів не отримували антиретровірусну терапію та показник рівня CD 4+ лімфоцитів у них становив 0–112 клітин у мкл. Чоловіків було 25 (64,01 %), жінок 14 (35,9 %), середній вік пацієнтів склав — $32,5 \pm 1,8$ та $36,4 \pm 2,4$ роки відповідно.

Результати дослідження

В 22 (56,41 %) випадках при первинному гістологічному дослідженні не визначена морфологічна картина будь-якого захворювання та при направленні попередній клінічний діагноз був «лімфаденопатія невстановленої етіології». З підозрою на туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів було 15 (38,46 %) випадків та по 1 (по 2,56 %) випадку у пацієнтів запідозрена лімфосаркома та ураження лімфатичних вузлів при токсоплазменній інфекції.

Найчастіше в інших лікувальних закладах виконували біопсію пахових (18 випадків, 46,15 %) та лімфатичних вузлів шиї (11 випадків, 28,21 %). По 4 випадки (10,56 % відповідно) проведена біопсія надключичних та пахових лімфатичних вузлів, та по одному випадку (2,56 % відповідно) внутрішньогрудних та внутрішньочеревних лімфатичних вузлів.

При повторному перегляді гістологічних препаратів у більшості випадків спостерігалась втрата типової структури лімфатичного вузла, виразна атрофія тканини лімфовузла або, навпаки, квітуха фолікулярна гіперплазія лімфоїдних фолікулів.

У 6 (15,38 %) випадках гістологічне дослідження визначило типові морфологічні ознаки туберкульозного

запального процесу. Мікроскопічне дослідження гістологічних препаратів виявляло типові епітеліоїдноклітинні гранульоми, переважно зливного характеру, з одиночними гігантськими клітинами типу Пирогова-Лангханса, причому в більшості з гранулем відзначався центральний казеозний некроз або некробіоз. Окрім того, поза гранульомами серед лімфоїдних клітин спостерігали присутність різної кількості еозинофілів. У 3 (7,69 %) випадках морфологічне дослідження виявило непрямі ознаки туберкульозного запального процесу. В цих випадках на тлі хронічного запального процесу визначалися поодинокі скупчення клітин макрофагально-гістіоцитарного ряду типу гранулом, в іншому випадку — визначався фокус некробіозу, оточений поодинокими епітеліоїдними клітинами. Багаторядні гігантські клітини не виявлялись.

У гострій фазі захворювання ВІЛ-інфекцією/СНІДом вірус інфікує мононуклеарні клітини периферійної крові, які мігрують в лімфоїдні органи, викликаючи гострий реактивний лімфаденіт. Найбільшу групу склали випадки лімфаденопатії на стадії квітучої фолікулярної гіперплазії на тлі ВІЛ-інфекції (19 випадків, 42,72 %). Тобто, за нашими уявленнями, у даного контингенту хворих на момент біопсії лімфатичних вузлів була ВІЛ-інфекція (СНІД) на ранніх стадіях її прогресування.

У 7 (17,95 %) випадках був запідозрений лімфопроліферативний процес, зокрема, лімфоми, та для підтвердження діагнозу пацієнти були направлені на додаткове імуногістохімічне дослідження до онкоморфологічних лабораторій.

Ще в 4 (10,26 %) випадках морфологічне дослідження виявило наявність у тканині лімфатичних вузлів елементи міцелію грибів, що дозволило встановити діагноз неспецифічного лімфаденіту з мікотичною інвазією. В 2 (5,13 %) випадках — виявлені лише реактивні зміни тканини лімфатичних вузлів.

Висновки

За результатами консультативних висновків при додатковому повторному перегляді гістологічних препаратів більшість випадків (42,72 %) склали пацієнти з лімфаденопатією на стадії квітучої фолікулярної гіперплазії на тлі ВІЛ-інфекції. У 6 (15,38 %) випадках визначена типова морфологічна картина туберкульозного запального процесу, та у 3 (7,69 %) випадках — непрямі ознаки туберкульозного запального процесу. В 17,95 % випадків запідозрений лімфопроліферативний процес та в 10,26 % випадках встановлений діагноз неспецифічного лімфаденіту з мікотичною інвазією.