

И. В. Лискина, Е. М. Рекалова, Л. М. Загаба, О. Д. Николаева, Н. А. Грицова **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ** **У УМЕРШИХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ**

*ДУ «Національний інститут фізіотерпії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»
Национальная медицинская академии последипломного образования им. П. Л. Шупика*

В конце 20-го столетия во всем мире наметилась тенденция к росту заболеваемости ВИЧ-инфекцией/СПИДом. С каждым годом увеличивается число пациентов на поздних стадиях развития этой инфекции, с различными оппортунистическими заболеваниями. На сегодняшний день Украина остается лидером среди стран Европы по масштабам распространения ВИЧ-инфекции. С 1995 года распространение ВИЧ-инфекции на Украине приобрело эпидемический характер, и сегодня показатель распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15–49 лет составляет 0,62 % и является одним из самых высоких среди государств Западной и Восточной Европы и стран бывшего Советского Союза. В 2016 году показатель распространенности ВИЧ-инфекции в Украине составил 306,8 на 100 тыс. населения, что на 5,6 % выше по сравнению с данным показателем в 2015 г., а показатель распространенности СПИДа в 2016 г. составил 85,8 на 100 тыс. населения и вырос по сравнению с 2015 годом на 16,2 % [4].

Вирус иммунодефицита человека характеризуется постоянной вирусной репликацией, ведущей к прогрессированию заболевания с развитием выраженных клинических симптомов. Для ВИЧ-инфекции характерен длительный период асимптоматического течения, во время которого больные не осознают своего заболевания, но являются инфекционными больными, представляющими

угрозу для окружающих. Однако при отсутствии лечения хронический инфекционный процесс в конечном итоге приводит к значительному нарушению жизненных функций и смертельному исходу. Именно оппортунистические инфекции являются основной причиной летальных исходов у больных ВИЧ-инфекцией на стадии СПИДа. Среди наиболее распространенных оппортунистических инфекций на первом месте находится туберкулез (20–60 % случаев) и цитомегаловирусная инфекция (13–15 %) [2, 5, 8, 9]. Менее распространены пневмоцистная пневмония (7–9 %) и кандидозный эзофагит/висцеральный кандидоз (25–30 % случаев) [1, 8].

Прижизненная дифференциальная диагностика вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции весьма затруднительна. Полиморфизм клинических проявлений, полиорганность поражений, характерных для ВИЧ-инфекции, сочетание различных вторичных заболеваний, особенности их клинических проявлений на фоне выраженной иммуносупрессии, существенно затрудняют своевременную диагностику, что, в свою очередь, является причиной поздней диагностики, неадекватного лечения и часто приводят к летальному исходу [3, 7, 8]. Вероятность развития оппортунистических заболеваний варьирует в зависимости от количества CD4+ клеток. Чем ниже уровень CD4+ клеток, тем выше риск развития оппортунистических инфекций. По данным

литературы, туберкулез легких и саркома Капоши у ВИЧ-позитивных людей могут развиваться и при сохранном иммунном статусе, с уровнем CD4 порядка 400–500 кл/мм³. Риск возникновения многих серьезных и опасных для жизни заболеваний возрастает, когда уровень CD4+ клеток в крови снижается до 200 кл/мм³ и более [6].

Цель исследования — анализ клинико-анамнестических, лабораторно-инструментальных данных и патологоанатомических изменений у пациентов, умерших от ВИЧ-инфекции/СПИДа.

Материалы и методы

За период с 2007 по 2016 гг. в клинике ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины» выполнено 18 аутопсий пациентов с ВИЧ-инфекцией. Были проанализированы клинико-анамнестические данные, лабораторные показатели и рентгенологическое заключение каждого случая. Проведен макроскопический и микроскопический анализ материала аутопсии, сопоставлены заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы, установлена непосредственная причина смерти.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 представлены общие данные и количественный уровень CD4+ клеток периферической крови пациентов на момент поступления в стационар.

Таблица 1
Демографические данные и уровень CD4+ клеток в периферической крови, абс (%)

Показатель	Возраст пациентов			
	20–30 лет	31–40 лет	41–50 лет	51–60 лет
Пол				
мужчины	1 (5,5)	5 (27,8)	3 (16,7)	3 (16,7)
женщины	1 (5,5)	3 (16,7)	–	2 (11,1)
Наличие и уровень CD4+ клеток в периферической крови:				
выявление специфических к ВИЧ ½ антител только методом иммуноферментного анализа	1 (5,5)	3 (16,7)	1 (5,5)	1 (5,5)
< 200 кл/мкл	1 (5,5)	4 (22,2)	2 (11,1)	2 (11,1)
200–499 кл/мкл	–	1 (5,5)	–	2 (11,1)
> 500 кл/мкл	–	–	–	–

Среди умерших было 12 мужчин (67,0 %) и 6 женщин (33,0 %), средний возраст составил $(40,5 \pm 2,7)$ года (диапазон 25–57 лет). То есть все пациенты были трудоспособного возраста. В 6 случаях (33,0 %) до поступления в клинику наличие ВИЧ-инфекции не было диагностировано. В остальных 12 случаях (67,0 %) у пациентов наличие ВИЧ-инфекции было установлено ранее, а в условиях нашего стационара было уточнено количество CD4+ Т-лимфоцитов периферической крови. В 75,0 % случаях у пациентов при поступлении в стационар был резко выражен иммунодефицит, уровень CD4+ клеток был ниже 200 кл/мкл. Из данных анамнеза заболевания было известно, что до поступления в клинику антиретровирусная терапия (АРТ) была назначена только в 4 случаях (22,2 %), причем в 2 случаях пациенты получали АРТ на протяжении 2 лет, а в 2-х случаях АРТ была назначена в

поздние сроки ВИЧ-инфекции, ее длительность составила всего 1–2 месяца. Замечено, что в 27,7 % случаев прогрессирование и выявление оппортунистических инфекций было связано с началом АРТ. На момент поступления в стационар еще 3 пациентам (17,0 %) была назначена АРТ терапия. В 9 случаях (50,0 %) в условиях стационара пациенты получали патогенетическую антифунгальную терапию — флуконазол и/или бисептол, а в 2-х случаях (11,0 %) эти препараты были назначены с целью профилактики токсоплазмоза и пневмоцистной пневмонии.

На момент поступления в стационар основными жалобами у пациентов были: одышка при незначительной физической нагрузке (16 пациентов, 89,0 %), общая слабость (15 пациентов, 83,0 %) и повышение температуры тела до субфебрильных цифр (13 пациентов, 72,0 %). В 7 случаях (39,0 %) отмечался кашель с выделением гнойной мокроты, в 5 случаях (28,0 %) малопродуктивный кашель. Обильное, преимущественно ночное, потоотделение и потеря аппетита наблюдались у 4 пациентов, 22,0 %, еще в 3 случаях (17,0 %) пациенты отмечали боли в эпигастральной области, в 2 случаях (11,0 %) — потерю массы тела и в единичных случаях — осиплость голоса, боли в суставах нижних конечностей, снижение остроты зрения и нарушение функции почек.

При первичном осмотре у 5 пациентов (28,0 %) выявлены различные поражения кожи: грибковое поражение стоп нижних конечностей, себорейный дерматит, генерализованный фурункулез, опоясывающий герпес и проявления кожной формы саркомы Капоши.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре до момента смерти составила $(27,6 \pm 6,9)$ койко/дня (от 7,5 часов до 91 дня).

Во всех случаях была выполнена обзорная рентгенография органов грудной полости (ОР ОГП) с последующей компьютерной томографией (КТ). Данные рентгенологического исследования сопоставлены с макроскопическими и микроскопическими изменениями, выявленными при аутопсии (таблица 2).

Наиболее часто (таблица 2), при обзорной рентгенографии ОГП, наблюдалась картина, характерная для туберкулезного воспалительного процесса (диссеминированный — 5 случаев, очаговый — 2 случая) и двусторонней интерстициальной пневмонии (по 7 случаев соответственно, 39,0 %), причем в 2-х случаях рентгенографические признаки наиболее соответствовали именно пневмоцистной пневмонии. В 3 случаях (17,0 %) заподозрено системное заболевание с поражением легких и в 1 случае (6,0 %) диагностирован двусторонний экссудативный плеврит.

В ходе аутопсии макроскопически отмечали различные изменения в органах. В легких чаще всего изменения соответствовали двусторонней, чаще всего, субтотальной пневмонии (10 случаев, 56,0 %), милиарной диссеминации (5 случаев, 28,0 %). В 2-х случаях (11,0 %) обнаружены субплеврально расположенные «свежие» полости распада. В отдельных случаях наблюдались полнокровие и отек легких. Кроме того, в нескольких случаях были выявлены инфильтраты, чаще в ниж-

Таблиця 2

**Рентгенологические признаки, макроскопические данные аутопсии и микроскопический анализ
18 пациентов с ВИЧ-инфекцией**

№ п/п	Данные рентгенологического исследования	Основные макроскопические изменения	Основные микроскопические изменения
1	ОР ОГП: билатерально на всем протяжении наблюдается мелкоячеистая структура легочного рисунка по типу «матового стекла». Заключение: Системное заболевание легких? Идиопатический фиброзирующий альвеолит?	слизисто-геморрагический бронхит, цианоз почек, гепатоспленомегалия	острый бактериальный? эндокардит, двусторонний гломерулонефрит, бронхит, эмфизема верхушек легких
2	ОР ОГП: очагово-инфильтративные изменения обоих легких Заключение: картина соответствует диссеминированному туберкулезу	в верхних долях легких субплеврально — тонкостенные полости деструкции (абсцессы?), верхушка правого легкого — просовидная диссеминация	абсцедирующая пневмония, верхняя доля правого легкого — посттуберкулезные изменения, хронический пиелонефрит, хронический панкреатит
3	КТ ОГП: билатерально в легких, преимущественно в кортикальных отделах нижних долей отмечается незначительное снижение прозрачности легочной ткани по типу «матового стекла» КТ головного мозга: в левой височной области неправильной формы гипоинтенсивный участок 6,2х4 см, расширение левого бокового и 4 желудочка, задний рог бокового желудочка расширен в наибольшей степени, слева полость	двусторонняя нижнедолевая пневмония, гепатоспленомегалия, новообразование селезенки?	генерализованный висцеральный криптококкоз с поражением левого полушария головного мозга, обоих легких, селезенки, печени, внутригрудных лимфатических узлов, почек, поджелудочной железы и миокарда
4	ОР ОГП: билатерально в прикорневых зонах определяется усиление легочного рисунка за счет перибронхиальной инфильтрации. Заключение: двусторонняя бронхопневмония	легкие тяжелые, плотные, двусторонняя субтотальная пневмония, жировая дистрофия печени	двусторонняя пневмоцистная пневмония, жировой гепатоз
5	ОР ОГП: билатерально в легких усиление и деформация легочного рисунка с полиморфной диссеминацией, преимущественно в средне-нижних отделах, сливающаяся в инфильтраты. Заключение: диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации?	во всех отделах легких — неправильной формы белесоватая инфильтрация, слизистая оболочка крупных бронхов — с очаговыми белесоватыми напластованиями, кожа стоп и внутренней поверхности кистей, пальцев рук — неправильной формы, различных размеров коричневого цвета бугристые наросты с синюшностью по их периферии, увеличенные внутригрудные лимфатические узлы	двусторонняя пневмоцистная пневмония, жировой гепатоз, интракапиллярный гломерулонефрит, хронический персистирующий панкреатит, микотическое поражение кожи стоп и кистей
6	ОР ОГП: билатерально в легких усиление легочного рисунка с наличием инфильтратов. Заключение: двусторонняя полисегментарная пневмония? КТ ОГП: билатерально в легких наблюдаются участки сниженной пневматизации по типу «матового стекла». Заключение: двусторонняя полисегментарная пневмония? ИФА?	легкие увеличены в размерах, тяжелые, плотные, двусторонняя субтотальная пневмония	двусторонняя пневмоцистная пневмония, токсический гепатит, атрофический гастрит
7	ОР + КТ ОГП: двусторонний экссудативный плеврит (туберкулезной этиологии?)	эмфизема легких, расширение вен нижней трети пищевода, увеличение внутрибрюшных лимфатических узлов, в проекции поясничного отдела аорты забрюшинное образование плотной консистенции, дольчатого строения, белого цвета, гепатоспленомегалия, мелкоузловой цирроз печени, в жировой клетчатке поджелудочной железы и обеих почек — округлой формы, плотной консистенции множественные образования белого цвета, левосторонний серозный плеврит, асцит	острейший туберкулезный сепсис: генерализованный милиарный туберкулез легких, крупноочаговый туберкулез внутрибрюшных лимфатических узлов, печени, селезенки, мелкоузловой цирроз печени
8	ОР ОГП: билатерально в легких наблюдаются участки сниженной пневматизации по типу «матового стекла», в нижних долях — интерстициальный фиброз. Заключение: интерстициальная пневмония, коллагеноз (системная красная волчанка?)	легкие немного увеличены, двусторонняя субтотальная пневмония, разрыв буллы средней доли правого легкого, тромбоз ветвей легочной артерии, атеросклероз восходящей дуги аорты	двусторонняя субтотальная пневмония смешанной этиологии — цитомегаловирусная и пневмоцистная, десквамативный бронхит, аденома левого семенника
9	ОР ОГП: билатерально в легких усиление легочного рисунка с наличием инфильтратов. Заключение: двусторонняя полисегментарная пневмония, двусторонний экссудативный плеврит, гидроперикардит	правосторонний экссудативный плеврит, тотальная облитерация левой плевральной полости, легкие увеличены, двусторонняя пневмония, «панцирное» сердце, язва 12-перстной кишки на стадии рубцевания, гепатоспленомегалия	двусторонняя субтотальная пневмония, обусловленная сочетанными инфекциями (цитомегаловирусная инфекция, пневмоцистная пневмония, милиарный туберкулез), туберкулез перикарда, внутрибрюшных лимфатических узлов, правосторонний фибринозно-гнойный плеврит, остаточные явления левостороннего гнойного плеврита, вирусный гепатит

10	ОР ОГП: диссемінований туберкульоз легких в фазі інфільтрації і распаду. КТ ОГП: картина диссемінованого туберкульоза з наявністю полостей распаду.	менингоенцефалит (в бокових желудочках головного мозгу — серозно-гноєне, що міститься в значительном количестве), тонкостінна каверна в області верхньої долі правого легкого, атеросклероз брюшного відділу аорти, атрофічний гастрит, жировая дистрофія печінки	хронічний фіброзно-кавернозний туберкульоз легких, міліарний туберкульоз селезінки, внутрігрудних лімфатических вузлів, печінок, неспецифічний езофагіт, менингоенцефалит грибкової етіології
11	ОР + КТ ОГП: інфільтративний туберкульоз нижньої долі лівого легкого.	міліарний туберкульоз легких, печінки, селезінки і печінок, збільшення внутрігрудних лімфатических вузлів, гепатоспленомегалія	генералізований міліарний туберкульоз легких, внутрігрудних лімфоузлів, печінки, селезінки, лівої нирки, гострий набуття легкого, менингоенцефалит неспецифічної етіології, лівостороння пневмонія бактеріальної етіології, полікістоз яєчників
12	КТ ОГП: ознаки очагового туберкульоза нижньої долі лівого легкого	двустороння пневмонія, емфізема верхушок легких, гепатоспленомегалія, езофагіт, язвенно-некротический коліт, набуття речовини головного мозгу	двустороння пневмонія від змішаних інфекцій — криптококової і цитомегаловірусної, криптококовий енцефаліт, грибковий езофагіт, ентерит (кандидозний і цитомегаловірусний), ізолюваний туберкульоз селезінки, субтотальний панкреонекроз, токсический гепатит, атеросклероз аорти
13	МСКТ ОГП: двусторонній плевральний випот, невеликий випот в порожнині перикарда, інфільтративні зміни в нижніх долях обох легких, ймовірно всього — пневмонія	двустороння субтотальна пневмонія, двусторонній серозний плеврит, гідроперикард, коронаркардіосклероз, аортосклероз, гепатоспленомегалія, серозна кістка правої нирки, езофагіт, коліт, хронічний панкреатит	атипічний повторний крупноочаговий інфаркт міокарда в області заднебокової стінки лівого желудочка серця, субтотальний панкреонекроз, двустороння мелкоочагова бронхопневмонія вірусної етіології (вірус парогриппа?), неспецифічний язвенно-некротический коліт вірусно-бактеріальної природи, кандидозний езофагіт, мікроаденома трабекулярного типу підшлункової залози, мелкоузлової коллоїдний зуб, локальний поствоспалительний стеноз ділянки прямої кишки
14	ОР + КТ ОГП: білатерально в легких, в різних сегментах фокуси інфільтрації, місцями сливного характеру. Висновок: диссемінований процес в легких (туберкульоз)	кішкові і висцеральні (легкі) проявлення саркоми Капоші, гепатоспленомегалія, диссемінований процес в печінці, септическа селезінка, езофагіт, язвенний коліт	висцерально-нодулярна форма саркоми Капоші з ураженням легких, селезінки, тонкого кишечника і шкіри, правостороння пневмоцистна пневмонія на стадії розрешення, неспецифічний езофагіт
15	ОР ОГП: в прикорневих відділах обох легких інфільтративні зміни без ознак деструкції. Висновок: двустороння полісегментарна пневмонія. КТ ОГП: ознаки інфільтратів обох легких (ймовірно пневмоцистна пневмонія)	«звездчаті» висипання на шкірі дистальних відділів верхніх і нижніх кінечностей (саркома Капоші?), субтотальна двустороння пневмонія, гепатоспленомегалія, туберкульоз печінки і селезінки, езофагіт, гнійний лімфаденіт внутрігрудних і внутрібрюшних лімфатических вузлів	субтотальна пневмоцистна пневмонія на різних стадіях розвитку, ймовірно, в поєднанні з герпес-вірусної і/або бактеріальної пневмонії, п'ятниста форма саркоми Капоші з ураженням шкіри дистальних відділів верхніх і нижніх кінечностей, генералізований лімфогематогенний міліарний туберкульоз бронхопульмональних, внутрібрюшних лімфатических вузлів, селезінки, печінки і правої надпечіночки, неспецифічний езофагіт
16	ОР ОГП: пневмоторакс справа, деструктивна пневмонія нижньої долі правого легкого	двустороння пневмонія, верхня доля правого легкого — тромб-інфарктна пневмонія, гепатит з трансформацією в цирроз печінки, спленомегалія, «шокові» нирки, полісерозит, емпієма плеври справа, розширення вен середньої і нижньої треті їжієвода з розривами стінок судин	очагові явища пневмоцистної пневмонії в поєднанні з полісегментарної бронхопневмонії обох легких, хроніческий гепатит з формуванням циррозу печінки, гостра ниркова недостатність, рефлюкс-езофагіт, хроніческий гіперпластический гастрит, хроніческий панкреатит, хроніческа неспецифіческа емпієма правої плевральної порожнини
17	КТ ОГП: диссемінований туберкульоз легких, стеноз трахеї	фурункулес шкіри на різних стадіях розвитку, гнійно-некротический ларингіт, трахеїт, бронхіт, двустороння субтотальна пневмонія, дилататорна кардіоміопатія, гепатоспленомегалія, множинні інфаркти? селезінки, панкреонекроз?, м'якоткане утворення в області бокової їжієчка правої півкулі головного мозгу, облітерація правої плевральної порожнини	інвазивний аспергіллез з ураженням ротоглотки, трахеї, обох легких (диссемінована форма), двустороння пневмоцистна пневмонія, менингома правої півкулі головного мозгу, фібринозний плеврит, субтотальний панкреонекроз, токсическа дистрофія печінки і печінок, гострий ентерит
18	ОР ОГП: інтерстиціальна (пневмоцистна?) пневмонія. КТ ОГП: інтерстиціальна пневмонія	легкі щільні, важкі, двустороння субтотальна пневмонія з множинними порожнинами распаду, дистрофія печінки, нефросклероз, коліт, по великій кривизні їжієчка — злокачественное новоутворення	двустороння субтотальна пневмонія від змішаних інфекцій (пневмоцистна, аспергіллезна, кандидозна), низкодифференціована аденокарцинома великої кривизні їжієчка, гостра ниркова недостатність, субтотальний панкреонекроз, жировая дистрофія печінки, неспецифічний коліт, тиреоїдит

них долях легких, по типу очаговой пневмонии. Выявленные изменения плевры носили характер различного рода спаечных поражений (2 случая, 11,0 %). В бронхах отмечались явления бронхита, со слизистогнойным содержимым в их просветах. В 3-х случаях (17,0 %) отмечено значительное увеличение внутригрудных и внутрибрюшных лимфатических узлов. В большинстве случаев наблюдалось увеличение печени и селезенки (11 случаев, 61,0 %). В 3 случаях (17,0 %) наблюдалась милиарная диссеминация в печени, селезенке и почках. В единичных случаях отмечены признаки эзофагита, колита, расширения вен нижней трети пищевода, формирование мелкоузлового цирроза печени, язвы 12-перстной кишки, злокачественного образования большой кривизны желудка, явлений полисерозита и асцита.

В 4 случаях (22,0 %) было проведено макроскопическое исследование тканей головного мозга: в 3 случаях обнаружены признаки менингоэнцефалита и в одном случае — мягко-тканное новообразование головного мозга.

При осмотре кожных покровов в 2-случаях (11,0 %) наблюдались проявления кожной формы саркомы Капоши, и по одному случаю — грибкового поражения верхних, нижних конечностей и гнойничкового поражения кожи.

В результате проведения аутопсии была установлена непосредственная причина смерти. Так, наиболее частой причиной смерти (56,0 % случаев) была прогрессирующая легочно-сердечная недостаточность, обусловленная развитием пневмоний различной этиологии. В 22,0 % случаях непосредственной причиной смерти было прогрессирование туберкулеза и менингоэнцефалит грибковой этиологии (по 2 случая соответственно). В единичных случаях причиной смерти был повторный инфаркт миокарда, острый эндокардит, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и полиорганная недостаточность (22,0 %).

По результатам гистологического исследования были уточнены и установлены следующие диагнозы (таблица 2). В 89,0 % случаев основным заболеванием была ВИЧ-инфекция. Наиболее часто ведущим вторичным заболеванием при ВИЧ-инфекции была пневмоцистная пневмония (5 случаев, 28,0 %), причем в 2 случаях она сочеталась с пневмонией бактериально-вирусной этиологии. В одном случае (6,0 %) установлена неспецифическая абсцедирующая пневмония. Генерализованный лимфогематогенный туберкулез с вовлечением легких и других органов диагностирован в 3 случаях (17,0 %). В 4 случаях (22,0 %) наблюдался генерализованный инфекционный процесс, обусловленный сочетанными инфекциями. В единичных случаях (по 6,0 % соответственно) — генерализованный висцеральный криптококкоз с поражением головного мозга, легких и других органов, инвазивный аспергиллез с преимущественным поражением дыхательных путей, генерализованная нодулярно-висцеральная форма саркомы Капоши и в одном случае диагностирован эндокардит бактериальной природы с развитием септического состояния, на фоне впервые установлен-

ной ВИЧ-инфекции.

Только в 1-м случае (6,0 %) отчетливой зависимости основного заболевания, которое привело к смерти пациента, с ВИЧ-инфекцией, не было установлено. В этом случае основным заболеванием была ишемическая болезнь сердца, причем количество CD4+ клеток у пациента было более 350 кл/мкл и он длительное время получал АРТ терапию (в течении 2-х лет).

Со стороны других органов наиболее часто отмечали поражение печени различной этиологии — 9 случаев (50,0 %), хронический панкреатит (7 случаев, 39,0 %), эзофагит различного генеза (7 случаев, 39,0 %), еще в 3 случаях (17,0 %) установлены хронические заболевания почек.

В результате исследования выполнено сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов ВИЧ-инфицированных пациентов, абс.

Нозологическая форма заболевания	Заключительный клинический диагноз	Патологоанатомический диагноз	Расхождение между диагнозами
Туберкулез	7	3	4
Банальная пневмония	–	1	1
Пневмоцистная пневмония	7	5	2
Криптококкоз	–	1	1
Аспергиллез	–	1	1
Саркома Капоши	1	1	0
Микст-инфекция	–	4	4
Другие заболевания	3	2	1

Как следует из результатов таблицы 3, в 78,0 % случаев имело место расхождение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. Наибольшее количество расхождений (29,0 %) было связано с гипердиагностикой туберкулезного воспалительного процесса, как одного из наиболее часто встречающихся оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов. На этапе клинического ведения пациентов сочетание двух, трех и более инфекций не было диагностировано в 29,0 % случаев. Этот факт связан с выраженным полиморфизмом клинических проявлений, полиорганностью поражения и различными сочетаниями множественных вторичных заболеваний на фоне выраженной иммуносупрессии, а также с недостаточным объемом лабораторного обследования пациентов.

Выводы

1. Демографические данные свидетельствуют, что летальность при ВИЧ-инфекции наблюдается преимущественно у лиц трудоспособного возраста.

2. На момент госпитализации резко выраженный иммунодефицит (уровень CD4+ клеток ниже 200 кл/мкл) был установлен в 75,0 % случаев, то есть имела место стадия СПИДа.

3. Наиболее частой непосредственной причиной

смерти данного контингента пациентов (56,0 % случаев) была прогрессирующая легочно-сердечная недостаточность, обусловленная прогрессированием пневмоний различной этиологии. Прогрессирование туберкулеза наблюдалось в 11,0 % случаев.

4. По результатам аутопсии в спектре бронхолегочных заболеваний преобладали пневмоцистная пневмония (28,0 %), пневмонии от смешанных оппортунистических инфекций (22,0 %) и генерализованная форма туберкулеза с преимущественным поражением легких (17,0 %).

5. Генерализованная форма патологии инфекцион-

ной или опухолевой природы установлена в 10 случаях (56,0 %).

6. В 78,0 % случаев установлено расхождение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. Расхождение по основному заболеванию установлено в 61,0 % случаев, а по осложнениям основного заболевания, которые привели к летальному исходу, в 17,0 % случаев.

7. У всех ВИЧ-позитивных пациентов с количеством CD4 клеток < 200 кл/мкл необходимо в ходе диагностического алгоритма уточнять и/или исключать наличие грибковой и вирусных инфекций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бартлетт Дж., Галант Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. — М.: 2012. — 528 с.
2. Буринский Н. В. Клинико-морфологические особенности ВИЧ-ассоциированного туберкулеза [Текст] / Н. В. Буринский, К. С. Боровиков // *Клінічна медицина*. — 2013. — № 1. — С. 45–48.
3. Быхалов Л. С. Характеристика патоморфологических изменений в легких у умерших лиц при ко-инфекции, ВИЧ/туберкулез на фоне инъекционной наркомании [Текст] / Л. С. Быхалов // *Фундаментальные исследования*. — 2014. — № 7–5. С 916–920.
4. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. — 2016. — № 46. — С. 38.
5. Дифференциальная диагностика деструктивных поражений легких при ВИЧ-ассоциированных инфекциях [Текст] / Ю. Г. Пархоменко, Ю. Р. Зюзя, Д. М. Флигиль // *Архив патологии*. — 2011. — № 5. — С. 9–12.
6. Морфологическая характеристика ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в зависимости от количества CD4+лимфоцитов в крови [Текст] / Ю. Р. Зюзя, В. Н. Зимица, М. В. Альварес Фигероа [и др.] // *Архив патологии*. — 2014. — № 5. — С. 33–37.
7. Особенности бронхолегочной патологии у ВИЧ-инфицированных пациентов [Текст] / С. Л. Гришаев, Н. В. Моисеев, Э. В. Шарова, И. Ю. Буланьков, Е. С. Орлова // *Военно-медицинский журнал*. — 2014. — Т. 335, № 8. — С. 37–44.
8. Характеристика летальных случаев больных с ВИЧ-инфекцией на стадии СПИДа в городе Оренбурге в 2012 г. [Текст] / Н. Р. Михайлова, А. М. Михайловский, С. В. Вальцин, Т. Н. Калинина // *ВЕСТНИК ОГУ*. — 2014. — №1 (162). — С. 130–135.
9. Lanjewar D. N., Duggal R. Pulmonary pathology in patients with AIDS: an autopsy study from Mumbai [Text] / D. N. Lanjewar, R. Duggal // *HIV Medicine*. — 2001. — № 2. — P. 266–271.