

І. В. Ліскіна, Л. М. Загаба, С. Д. Кузовкова
ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ
СЕРЕД ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ФТИЗІО-
ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

На сьогоднішній день ВІЛ-інфекція залишається однією з найактуальніших медичних проблем як для України, так і для усього світу. З кожним роком збільшується кількість пацієнтів з пізніми стадіями ВІЛ-інфекції з розвитком різних вторинних захворювань. Саме вторинні захворювання є основною причиною летальних випадків у хворих на стадії СНІДу. Опортуністичні інфекції продовжують залишатися глобальною проблемою сьогодення, оскільки поліморфізм клінічних проявів, поліорганність уражень, які характерні для ВІЛ-інфекції, поєднання різних вторинних захворювань, особливості клінічних проявів на тлі вираженої імуносупресії істотно ускладнюють своєчасну діагностику цих інфекцій, що є причиною неадекватного лікування і часто призводить до летального наслідку. Групу захворювань органів дихання складають найрізноманітніші за походженням і клінічною картиною патологічні процеси, які в більшості випадків є безпосередньою причиною смерті хворих з ВІЛ-інфекцією. Найбільш часто з вторинних захворювань органів дихання зустрічається туберкульоз (від 39 % до 80,0 %), який може виникнути на будь-якій стадії ВІЛ-інфекції та при будь-якій кількості CD4+ лімфоцитів. Пневмоцистна, цитомегаловірусна і пневмонії іншої етіології зустрічаються рідше — до 7,1 %. Встановлено, що етіологічний спектр і тяжкість ураження нижніх дихальних шляхів, як правило, залежать від кількості CD4+ лімфоцитів в крові. При кількості CD4+ лімфоцитів більше 500 клітин/мкл найбільш часто зустрічаються бактеріальні бронхіти та пневмонії. При рівні CD4+ клітин від 500 до 200 в 1 мкл реєструються випадки бактеріальної пневмонії та туберкульозу легень, а при зниженні кількості CD4+ менше 200 клітин/мкл — зростає частота цитомегаловірусної інфекції, пневмоцистозу, токсоплазмозу.

Метою нашого дослідження був патологоанатомічний аналіз опортуністичних захворювань померлих ВІЛ-інфікованих пацієнтів стаціонару ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» за період з 2014 по 2018 рік.

Матеріали та методи дослідження

За 2014–2018 роки в клініці померло 157 хворих, виконано 93 автопсії, серед померлих було 20 пацієнтів з ВІЛ-інфекцією (12,7 %). З їх числа автопсії були проведені в 11 (55,0 %) випадках. Центральна нервова система не досліджена в 7 (63,6 %) випадках (у зв'язку з відсутністю чітких клінічних показань). Аналіз включав деякі клініко-анамнестичні дані та лабораторні показники,

представлені в історіях хвороби пацієнтів. Враховували ступінь імуносупресії на момент госпіталізації пацієнтів, час її виявлення. Термін перебування в стаціонарі становив від 8 годин до 341 дня, в середньому — $(40,6 \pm 17,5)$ днів. Проведено ретроспективний макроскопічний і мікроскопічний аналіз матеріалів автопсії за протоколами розтинів, зіставлені заключний клінічний і патологоанатомічний діагнози, встановлені основна та безпосередня причини смерті в кожному випадку. Гістологічне дослідження органів і тканин включало забарвлення гістологічних препаратів гематоксиліном і еозином та, в разі потреби, використовували гістохімічне забарвлення уражених тканин за Ціль-Нільсеном на виявлення кислотостійких бактерій, ШИК-реакцію та за Гоморі — для ідентифікації грибкових інфекцій.

Результати дослідження

Усі пацієнти з ВІЛ-інфекцією померли на стадії СНІДу, з рівнем CD4 клітин у крові нижче 250 клітин/мкл (в 12 випадках — нижче 100 клітин/мкл). У 5 випадках рівень CD4 клітин не було встановлено, оскільки ВІЛ-інфекція була діагностована тільки на етапі госпіталізації пацієнтів, на пізніх стадіях розвитку вторинних захворювань. В 3 (33,3 %) з 9 летальних випадків без розтину був виставлений клінічний діагноз тільки одного основного вторинного захворювання. За результатами автопсії у 8 (72,7 %) випадках з 11 були виставлені діагнози конкуруючої/поєднаної вторинної патології. Серед усіх померлих пацієнтів з ВІЛ-інфекцією найбільш частим діагнозом основного вторинного захворювання була пневмоцистна пневмонія — 12 (60,0 %) випадків, причому вона в більшості випадків (10 випадків, 83,3 %) поєднувалася з іншими інфекціями — цитомегаловірусною інфекцією (4 випадки), грибовою інфекцією та аспергильозом (по 2 випадки), мікобактеріозом та генералізованим туберкульозом (по 1 випадку відповідно). У 2-х випадках без автопсії діагностована тільки пневмоцистна пневмонія (10,0 %). На другому місці за частотою виявлення була мікобактеріальна інфекція (5 випадків, 25,0 %), в тому числі у 2 випадках — верифікований туберкульоз. В інших 3-х випадках прижиттєво встановити вид мікобактерій не вдалося з різних причин. У рівній кількості в якості основної причини смерті діагностовано криптококоз, інвазивний аспергильоз, гепатит С та грибову інфекцію без лабораторної верифікації конкретного виду гриба (по 2 випадки кожної патології).

За матеріалами автопсії встановлено: найчастіше в якості основного вторинного захворювання були пневмоцистна пневмонія (3 випадки, 27,3 %), генералізований туберкульоз, інвазивний аспергильоз та генералізо-

ваний криптококоз (по 2 випадки, 18,2 %). Цитомегаловірусна інфекція (3 випадки, 27,3 %), і обмежені форми туберкульозу (1 випадок, 9,1 %) завжди виступали як фоновий патологічний процес. Також у якості фонові патології були діагностовані пухлинні процеси (4 випадки, 36,4 %). Тільки в одному випадку (9,1 %) прогресуюча генералізована саркома Капоші була основним захворюванням у ВІЛ-інфікованого пацієнта. Серед 9 випадків без автопсії найчастіше основною причиною смерті була пневмоцистна пневмонія (6 випадків, 66,7 %), на другому та третьому місцях — туберкульоз та мікобактеріальна інфекція не верифікована лабораторними методами (по 2 випадки відповідно, 22,2 %) та по одному випадку встановлені цитомегаловірусна інфекція та вірусний гепатит. У цих випадках у якості фонові патології були діагностовані наступні захворювання: цитомегаловірусна інфекція, туберкульоз не підтверджений лабораторними методами, герпес-вірусна інфекція та саркома Капоші шкіри (по 1 випадку відповідно).

Проведено порівняльний аналіз заключного клінічного та патологоанатомічного діагнозів за результатами автопсії. Встановлено, що співпадіння діагнозу мало місце у 7 випадках (63,6 %): пневмоцистна пневмонія (3 випадки, 27,3 %), генералізований туберкульоз (2 випадки, 18,2 %), вірусний гепатит з наслідком у цироз печінки та саркома Капоші (по 1 випадку, по 9,1 % відповідно). Слід зазначити, що тільки у випадках генералізованого

туберкульозу (1 випадок) та вірусного гепатиту діагноз був верифікований лабораторними методами, що складало лише 18,2 %. У інших 9 випадках (81,8 %) клінічний діагноз був виставлений лише на підставі клініко-рентгенологічних даних. У 6 випадках (54,5 %) мала місце розбіжність клінічного та патологоанатомічного діагнозів за основним вторинним захворюванням, причому у 5 випадках це було пов'язано з розвитком грибкової/мікобактеріальної інфекції, що свідчить про недостатню інформованість та настороженість лікарів щодо високого ризику розвитку цих захворювань серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів, особливо на стадії СНІДу.

Висновки

Патологоанатомічний аналіз летальних випадків серед госпіталізованих пацієнтів з ВІЛ-інфекцією показав, що в переважній більшості випадків (70 %) мала місце поєднана або конкуруюча вторинна патологія в якості основної причини смерті, практично в усіх померлих прижиттєво встановлена ІV стадія ВІЛ-інфекції. Порівняльний аналіз клінічного та патологоанатомічного діагнозів показав, що для диференціальної діагностики уражень легенів при ВІЛ-асоційованих захворюваннях існує гостра необхідність використання широкого спектру різних сучасних методів дослідження біологічного матеріалу, з метою виявлення одного або декількох етіологічних агентів і адекватної оцінки активності запальних змін, викликаних різними збудниками.