

*Результати та їх обговорення.* Біохімічні показники визначались у день вступу хворого до стаціонару. При визначенні правил класифікації висвітлено було тільки два критерії – рівень загального білірубіну та лейкоцитів - як показало чисельне моделювання, застосування інших вірогідно значущих критеріїв не підвищувало точність прогнозування. Таким чином, виявлено, що вміст в сироватці крові хворих на гострий гепатит В загального білірубіну 312 мкмоль/л та вище й рівень лейкоцитів у загальному аналізі крові  $12,6 \times 10^9/\text{л}$  та вище свідчить про можливість розвитку несприятливого перебігу хвороби. Далі був проведений дискримінантний аналіз стосовно виявлених показників. Із нього можна бачити, що всі пацієнти були вірно прогностично інтерпретовані до хворих із сприятливим та несприятливим наслідком хвороби. Із проведеного канонічного аналізу можна бачити, що обидва критерії приблизно однаково впливають на точність прогнозування ( 96, 5% ).

*Висновки.* Вміст в сироватці крові хворих на гострий гепатит В загального білірубіну 312 мкмоль/л та вище й рівень лейкоцитів у загальному аналізі крові  $12,6 \times 10^9/\text{л}$  й більше доцільно враховувати при прогнозуванні несприятливого перебігу хвороби.

## **ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

**Козько В.Н., Гаврилов А.В., Бондаренко А.В., Гаргин В.В., Сохань А.В.**

*Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина*

В 30% случаев при клиническом обследовании ВИЧ-инфицированных больных обнаруживаются признаки поражения ЦНС. При патоморфологическом исследовании поражение нервной системы определяется у 80-90% умерших от СПИДа. Поражение центральной нервной системы, которое протекает на фоне ВИЧ-инфекции в виде менингоэнцефалитов – одна из ведущих причин летальных исходов у больных с тяжелой иммуносупрессией. В Украине в настоящее время наиболее часто причиной менингоэнцефалитов у ВИЧ-инфицированных является герпес вирусы, микобактерия туберкулеза, *toxoplasma gondii*.

*Цель работы.* Выявить характерные морфологические изменения центральной нервной системы при туберкулезном менингоэнцефалите у ВИЧ-

позитивных больных.

*Материалы и методы.* Нами было проведено патоморфологическое исследование ткани головного мозга и мягкие мозговые оболочки умерших ВИЧ-инфицированных больных с туберкулезным поражением ЦНС. Отобрано 7 летальных случаев – 3 женщины и 4 мужчины. После рутинной проводки изготавливались гистологические срезы, которые окрашивались гематоксилином и эозином, по Нисслю.

*Результаты и их обсуждение.* При гистологическом исследовании головного мозга всех умерших выявляются патологические изменения характеризующиеся преобладанием инфильтративно-некротических поражений с наличием в очагах некроза кислотоустойчивых микобактерий, экссудации, альтерации. Отмечается очаговый глиоз белого вещества и явления демиелинизации, которые наиболее выражены в лобных долях. Следует отметить, что специфические клеточные реакции, заключающиеся в образовании гранулем, эпителиоидных и гигантских клеток Пирогова-Лангханса, отсутствуют или имеют невыраженный характер. Тканевые изменения выявляются и в тканях мозговых оболочек и в тканях головного мозга. Среди гистологических признаков туберкулезного процесса отмечается преобладание альтеративных реакций с наличием обширных полей казеозного некроза, гнойно-некротических очагов, участков инфильтрации ткани полиморфно-клеточными элементами. В ткани головного мозга выявляется выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек с обширными участками вакуолизации цитоплазмы, наличием периваскулярно оптических пустот или участков с явлениями кариолизиса и деструкцией вещества мозга с глиальной реакцией. В каждом случае выявляются скопления липофусцина в телах нейронов и в эпителии сосудистого сплетения, в двух случаях таких нейронов большинство. В капиллярах микроциркуляторного русла имеет место набухание эндотелия. Базальная мембрана утолщена, рыхлая, местами наблюдается ее зернистый распад. Вокруг капилляров выявляется скопление клеточных элементов лимфоидного вида. Астроциты, окружающие сосуды микроциркулярного русла с признаками повреждения от дистрофических до некробиоза. В теле астроцитов вокруг ядра зернистость тигроидного вещества с различными размерами зерен. У здоровых лиц такого же возраста такая зернистость не определяется. Помимо этого в стенках сосудов головного мозга

отмечаются воспалительные пролиферативно-продуктивные изменения с наличием сужения просветов. Вокруг сосудов выявляется наличие полей инфарктов ткани головного мозга и зоны кровоизлияний размерами от микроскопических участков до обширных полей. При гистологическом исследовании мозговых оболочек выявляются фибринозно-гнойные наложения. В мягких мозговых оболочках отек, полнокровие сосудов, массивное серозное, гнойное или серозно-гнойное воспаление, часто с признаками замещения скоплений гнойных масс полями соединительной ткани. Характерные туберкулезные гранулемы с гигантскими клетками, валом эпителиоидных и макрофагально-лимфоидных элементов единичны.

*Выводы.* Таким образом, у ВИЧ-инфицированных больных морфологические особенности туберкулезного менингоэнцефалита характеризуются локализацией наиболее выраженных изменений в базиллярных отделах, наличием отека, глиоза, тромбоваскулита, мелкоочаговых кровоизлияний, формированием туберкулезных гранул с малым количеством клеток Пирогова-Лангханса или их отсутствием, преобладанием альтеративно-экссудативных реакций, локальной ишемии.

## **ПНЕВМОЦИСТНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ/СПИД ИНФЕКЦИЕЙ**

**Козько В.Н., Градиль Г.И., Губина-Вакулик Г.И.**

*Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина*

Пневмоцистная пневмония (РСР), точнее пневмоцистоз, возбудителем которой является *P. jiroveci*, наиболее распространенная оппортунистическая инфекция у лиц с ВИЧ инфекцией и обусловленными иными причинами иммунодефицитами. В настоящее время причины иммунодефицитов могут быть различными: соматические или инфекционные заболевания (в том числе и ВИЧ-инфекция) и др. Установлено, что пневмоцистоз, как оппортунистическая инфекция, актуален и при туберкулезе. Сегодня, как и прежде, в реальной клинической практике дифференциальная диагностика пневмоцистной пневмонии, поражений легких при ЦМВ инфекции и туберкулезе, часто весьма затруднена.

*Цель:* Изучить клиническое течение, патоморфологические изменения,