

консистенции. Микроскопически в 1 случае отмечалось наличие признаков, характерных для цитомегаловирусного поражения на разных стадиях. Можно предположить, что это либо интерстициальный пневмонит с макрофагально-лимфоцитарной инфильтрацией межальвеолярных перегородок, развивающийся в связи с цитомегаловирусным повреждением эндотелия сосудов микроциркуляторного русла легких, либо прогрессирующее цитомегаловирусное поражение альвеолярной выстилки с появлением в просвете альвеол типичных гигантских клеток – «совиный глаз»; с нарастанием пневмофиброза в случае с диффузным уплотнением легких. В 3 случаях микроскопически обнаружены косвенные признаки пневмоцистной пневмонии. При изучении ассоциированных форм - ВИЧ/туберкулез в отдельных случаях наблюдалось течение туберкулеза на фоне хронического гепатита В, С, атипичная клиническая картина, что осложняло своевременную диагностику.

Выводы. 1. Как правило больные с атипичным течением туберкулеза на финальных стадиях ВИЧ/СПИД госпитализируются в инфекционные стационары, что требует использования в комплексном обследовании современных ускоренных методов диагностики. 2. Прижизненная диагностика и дифференциация интерстициальных поражений легкого у ВИЧ-инфицированных пациентов затруднена. 3. Для выявления *Pneumocystis carinii (jiroveci)* метод окраски по Романовскому индуцированной мокроты часто не применяется, не применяются и специальные окраски микроскопических препаратов. 4. При оценке патоморфологических изменений в ткани легкого микроскопически были использованы косвенные признаки пневмоцистной пневмонии. 5. Ни один из умерших пациентов не получал профилактики пневмоцистной пневмонии котримоксазолом в условиях поликлиники. 6. Сложность дифференциации туберкулеза легких у пациентов с ВИЧ-инфекцией с лимфоцитарной пневмонией и пневмоцистной пневмонией часто вынуждает проводить терапию *ex juvantibus*.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙН-БАРРА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

**Козько В.Н., Загороднева О.В., Гаврилов А.В., Юрченко И.С.,
Кузнецова А.А.**

*Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина
Областная клиническая инфекционная больница, г. Харьков, Украина*

По данным официальной статистики, в Украине зарегистрировано более 176 тыс. случаев ВИЧ-инфекции, из них 35 тыс. случаев СПИДа и свыше 20 тыс. смертей от СПИДа. Около 70% ВИЧ-позитивных лиц имеют неврологические расстройства, но чаще эти изменения выявляются только после смерти. В 10-20% случаев нарушения ЦНС являются первыми проявлениями ВИЧ/СПИДа. При этом клинически выраженная симптоматика встречается значительно реже, чем морфологические изменения в ткани мозга.

Цель работы. Провести анализ заболеваемости поражения ЦНС вирусом

Эпштейн-Барра у ВИЧ-инфицированных больных с последующим летальным исходом, находившихся в ОКИБ в период с 2009 по 2011 г.г.

Материалы и методы. ВИЧ-инфицированные больные в возрасте 28-34 года с поражением ЦНС (из СМЖ во всех случаях выделена ДНК ВЭБ); аутопсийный материал, взятый от умерших ВИЧ-позитивных больных с поражением ЦНС (мягкие мозговые оболочки и ткань головного мозга). Окраска гематоксилин и эозином, по Нислю.

Результаты. Проводя анализ клинической картины очень тяжелого течения ВЭБ-инфекции на фоне иммунодефицита, обусловленного ВИЧ, необходимо отметить, что тяжесть заболевания была связана не только с интоксикационным и менингеальным синдромами, но и энцефалитическим, который проявлялся патологическими рефлексами, страбизмом, анизокорией, мидриазом, симптомами пирамидной недостаточности конечностей. В терминальном периоде у всех умерших наблюдалось вклинение ствола мозга в большое затылочное отверстие, что проявлялось, в первую очередь, углублением нарушения уровня сознания, а также тахикардией, падением артериального давления, нарушением ритма дыхания и его остановкой.

Поражение вещества головного мозга отмечалось у всех больных с тяжелым течением ВЭБ-инфекции на фоне ВИЧ-инфекции, что также было подтверждено на последующей аутопсии.

При патологоанатомическом исследовании во всех случаях наблюдались следующие изменения: напряжение, отек и полнокровие твердой мозговой оболочки. Мягкие мозговые оболочки были тонкие, бледные, прозрачные, напряженные, с резко расширенными сосудами, рисунок извилин сглажен; под ними – резко увеличенное количество слегка опалесцирующей жидкости. Вокруг миндалин мозжечка – борозда от вклинения в большое затылочное отверстие.

На разрезе ткань мозга бледная, отечная. В 1 случае в области медиальной поверхности правой гемисферы мозжечка определялся крупный участок деструкции серовато-желтоватого цвета с буровато-вишневыми очагами. Во всех случаях отмечались как единичные, так и множественные очаги деструкции глубинных структур ткани мозга размером от 0,2 до 7 см различной локализации. В случаях, когда пребывание в стационаре продолжалось не более 16 дней, просветы боковых желудочков были сужены, содержали незначительное количество прозрачной жидкости. При более длительных сроках госпитализации, наоборот, просветы боковых желудочков были резко расширены, содержали значительное количество прозрачной жидкости. Наблюдались также тонкостенные, неравномерно полнокровные сосуды основания мозга во всех случаях.

Выводы. По данным ОКИБ, главный «оппортунист» поражающий ЦНС у ВИЧ-инфицированных больных - вирус Эпштейн-Барра (40%). Заболевание протекает в виде менингоэнцефалита с развитием отека-набухания головного мозга, который является непосредственной причиной смерти.