

Стенка кисты состоит из фиброзной ткани с кровоизлияниями, глыбками пигмента коричневого цвета, выстлана многослойным плоским неороговевающим эпителием с участками грануляционной ткани. Как правило, в стенке хроническое воспаление минимальной активности – в 11 случаях (47,8%). Главный признак ФК – наличие частично сформированного или сформированного зуба в просвете кисты.

Выводы:

1. Среди валового операционного материала на кисты челюстных костей приходится 0,94%.
2. Удельный вес радикулярных кист составил 90,8%, фолликулярных-9,2%.
3. Радикулярные кисты чаще локализовались в верхней челюсти - 61,8%, фолликулярные - в нижней – 69,5%.
4. В стенке радикулярной и фолликулярной кист всегда в той или иной степени выражено воспаление.
5. Отличительной особенностью фолликулярной кисты является связь с зачатком зуба.

Список литературы:

1. Володеев А.В. Костная киста верхнечелюстной пазухи. Случай из практики и обзор литературы / А.В.Володеев, Д.А.Щербаков // Университетская медицина Урала. Тюменский государственный медицинский университет (Тюмень). – 2016. - №1. - Т.2.(4). С. 43-47.
- 2.Ткаченко Т.С Морфофункциональные особенности формирования радикулярной кисты как ксенопаразитарного барьера при одонтогенных воспалительных процесса / Т.С.Ткаченко, Л.В.Начева, А.И.Пылков, П.Н.Фиалко // Вестник медицинского стоматологического института. - 2008. - №1-2. - С. 46-48.
3. Чибисова М.А. Клиническая характеристика и компьютерно-томографические диагностические особенности фолликулярных кист челюстей / М.А.Чибисова, Е.В.Кайзеров, Р.Х.Чарыев, А.А.Зубарева, А.В.Холин // Dental magazine. - 2016. - №10 (154). - С. 28-37.

УДК 616-076.1

**Прасолова Е.В., Муллагалиева В.Р., Мороз Г.А., Бердников Р.Б.,
Сорокина Н.Д., Гринберг Л.М.
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МИКОБАКТЕРИОЗА
ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО ДАННЫМ
БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА**

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Prasolova E.V., Mullagalieva V.R., Moroz G.A., Berdnikov R.B., Sorokina
N.D., Grinberg L.M.**

**MORPHOLOGICAL DIAGNOSIS OF INTESTINAL
MYCOBACTERIOSIS ASSOCIATED WITH HIV-INFECTION
ACCORDING TO BIOPSY FINDINGS**

Department of pathology and forensic medicine
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: e.v.prasolova@mail.ru

Аннотация. В статье приведены литературные данные и клинический случай микобактериоза тонкой кишки при ВИЧ-инфекции, диагностированный на основании исследования материала биопсии. Морфологическим субстратом поражения являлись «пенистые макрофаги», что требовало дифференциального диагноза с болезнью Уиппла. Представлена микроскопическая картина биоптата двенадцатиперстной кишки, исследованного с использованием различных методов окрашивания.

Annotation. The article presents review and a case report of biopsy-proven intestinal mycobacteriosis associated with HIV-infection. The histopathological features of the lesion were “foamy histiocytes” that required a differential diagnosis between mycobacteriosis and Whipple's disease. The authors demonstrate morphologic changings in duodenal biopsy tissue inspected via different methods of staining.

Ключевые слова: микобактериоз тонкой кишки, ВИЧ-инфекция, патоморфология.

Key words: intestinal mycobacteriosis, HIV-infection, pathomorphology.

Введение

Микобактериозами называют группу оппортунистических инфекционных заболеваний, вызываемых условно-патогенными микобактериями, не входящими в комплекс *M. tuberculosis*, и, соответственно, не поддающихся терапии противотуберкулезными лекарственными препаратами [3]. Ключевым фактором развития этих заболеваний является глубокая иммуносупрессия, что характерно для ВИЧ-инфекции, начиная с ее четвертой стадии (стадии вторичных заболеваний) по классификации В. И. Покровского [2]. В среднем на момент диагностики генерализованных форм микобактериоза количество CD4⁺ клеток составляет менее 50 в 1 мкл крови [5].

Среди возбудителей микобактериозов наиболее распространены виды *M. avium* и *M. intracellulare*, которые обычно объединяют в *M. avium-intracellulare complex* (МАИС). Эти микроорганизмы являются убиквитарными и обитают в земле, минеральных источниках, соленой воде, природных водоемах, водопроводной воде. Заражению могут подвергаться, помимо человека, также

дикие и домашние животные и птицы. Попадание возбудителей в организм осуществляется фекально-оральным и аэрогенным механизмами, реализуемыми обычно алиментарным и воздушно-капельным путями соответственно [3]. Поражению подвергаются практически все органы, но наиболее часто вовлекаются в процесс лимфатические узлы и органы желудочно-кишечного тракта (преимущественно тонкая кишка) [1].

Одной из профильных медицинских организаций в Свердловской области, занимающихся диагностикой микобактериальных инфекций, является Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Противотуберкулезный диспансер (ГБУЗ СО ПТД). В ходе анализа заключений ГБУЗ СО ПТД за 2016-2018гг было обнаружено лишь 4 случая диагностики микобактериозов в прижизненном материале. В силу довольно малой частоты встречаемости подобных поражений подавляющее большинство непрофильных медицинских учреждений попросту незнакомо с особенностями их морфологической картины, вследствие чего диагностика и дифференциальная диагностика микобактериозов представляет в этих условиях существенные трудности.

По результату поискового запроса в базе данных PubMed на 03.03.2019 обнаружено 6 публикаций по теме настоящего исследования. Учитывая немногочисленность работ по данной проблематике, нам представляется актуальным обобщить морфологические признаки микобактериозов на примере клинического наблюдения поражения двенадцатиперстной кишки.

Цель исследования – представить морфологические изменения в двенадцатиперстной кишке при микобактериозе на биопсийном материале.

Материалы и методы исследования

Нами были изучены результаты гистологического исследования биоптата стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК) с направительным эндоскопическим заключением «лимфангиоэктазия слизистой оболочки ДПК». Материал был исследован в отделе общей патологии и гистологической лаборатории центральной научно-исследовательской лаборатории Уральского государственного медицинского университета (ЦНИЛ УГМУ) в августе 2018г. Биоптаты фиксировали в 10% растворе забуференного нейтрального формалина. Проводка материала осуществлялась в «Гистоконвейере» Tissue-Tek® Xpress® с последующей заливкой тканей в парафин и формированием блоков в модуле Tissue-Tek® ТЕК™. Микротомирование проводилось на ротационном микротоме Accu-Cut SRM 200. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином в автоматическом мультитейнере Tissue-Tek® Prisma™. Дополнительно проводилась окраска по Цилю-Нильсену и шифф-йодной кислотой (ШИК-реакция). Материал исследовали с помощью микроскопа Olympus-CX31.

Результаты исследования и их обсуждение

Морфологические изменения ДПК при микобактериозе были изучены на примере клинического случая, который приведен ниже.

Больная О., 43 лет, обратилась в частную медицинскую организацию с целью морфологической верификации хронического атрофического гастрита с жалобами на общую слабость, учащенный жидкий стул до 10 раз в день, боли в животе разлитого характера, потерю веса и снижение аппетита. В ходе эндоскопического исследования у пациентки были взяты биоптаты из стенки желудка и ДПК. По итогам гистологического исследования, проведенного на базе ЦНИЛ УГМУ, в желудке были отмечены признаки реактивной антральной гастропатии. В срезе ДПК, окрашенном гематоксилином и эозином, помимо изменений гистоархитектоники слизистой оболочки в виде утолщения и укорочения ворсинок с фокальной деформацией крипт, были обнаружены скопления округлых макрофагов со светло-матовой цитоплазмой («пенистые»/ксантомные макрофаги), локализованных в собственной пластинке слизистой оболочки (рис. 1). Следует подчеркнуть, что данный морфологический признак в виде появления ксантомных клеток является весьма специфичным для микобактериозов, и с учетом анамнестических данных должен насторожить патоморфологов уже на ранних этапах диагностики.

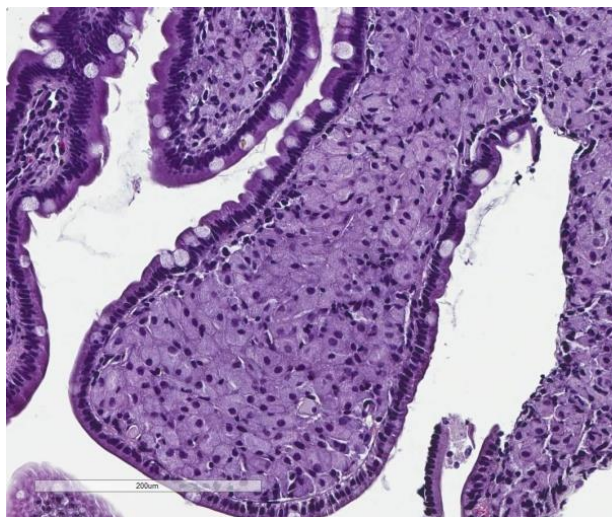


Рис. 1. Ворсинка ДПК с инфильтрацией ксантомными макрофагами (гематоксилин-эозин, x200)

Однако подобные гистологические изменения присущи также болезни Уиппла [4], поэтому с целью дифференциальной диагностики с этим заболеванием была проведена ШИК-реакция. Отрицательный результат ШИК-реакции опроверг наличие болезни Уиппла (рис. 2, А), и для определения этиологии поражения биоптат окрасили по методу Циля-Нильсена, который позволил выявить кислотоустойчивые микроорганизмы (КУМ) в цитоплазме макрофагов (рис. 2, В).

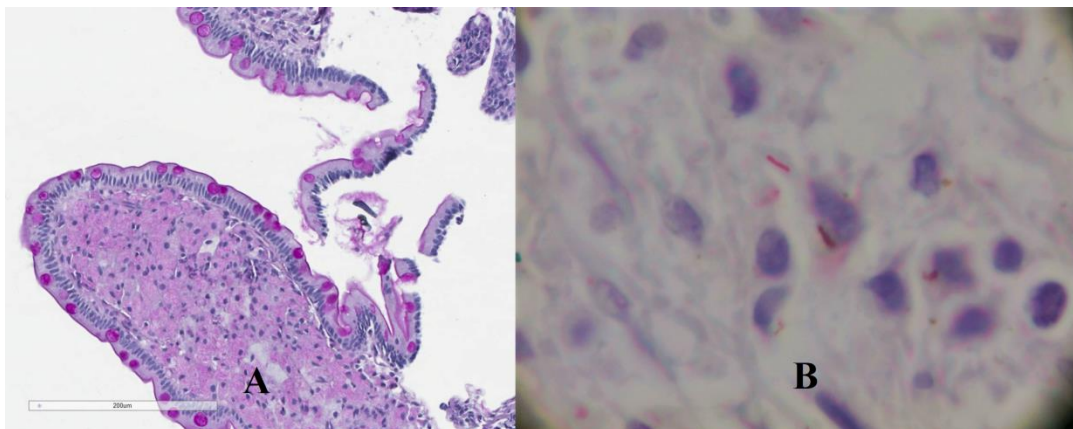


Рис. 2. А. Ворсинка ДПК с отрицательной ШИК-реакцией в ксантомных макрофагах, х200; В. Внутриклеточно расположенные КУМ при окраске по Цилю-Нильсену, х400

На основании полученных гистохимических и гистобактериоскопических данных был поставлен диагноз микобактериоза тонкой кишки. Поскольку на момент исследования биоптата информация о ВИЧ-статусе пациентки отсутствовала, ей рекомендовали дальнейшее обследование в областном центре СПИД (ОЦ СПИД). В результате проведенного обследования была выявлена значительная депрессия иммунной системы ($CD4^+$ 29 кл/мкл), отсутствие вiremии (0 копий РНК ВИЧ в крови), антитела к ВИЧ-1 и р24 антигену. Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости установила признаки мезентериальной лимфаденопатии и утолщение стенок тощей, нисходящей ободочной и сигмовидной кишок. Сопоставление гистологических, лабораторных данных и клинико-лучевой картины позволило установить диагноз: микобактериоз с поражением тонкой кишки и мезентериальных лимфатических узлов, ВИЧ-инфекция 4В стадии.

Выводы:

1. Морфологическая диагностика изменений в тонкой кишке при микобактериозах ввиду их малой частоты встречаемости представляет определенные трудности, особенно для непрофильных медицинских учреждений, и требует дифференциальной диагностики с болезнью Уиппла из-за схожести морфологической картины поражений.

2. Для гистологического подтверждения диагноза микобактериоза в случае обнаружения ксантомных клеток в биоптате, окрашенном стандартным методом (гематоксилин-эозин), в обязательном порядке необходимо проведение ШИК-реакции и окрашивания по методу Циля-Нильсена.

3. Обнаружение микобактериоза при исследовании биопсийного материала свидетельствует о значительном подавлении иммунной системы, что требует обязательного уточнения ВИЧ-статуса пациента.

Список литературы:

1. Бердников Р.Б. Летальный случай генерализованного микобактериоза у больного с терминальной стадией ВИЧ-инфекции / Р.Б. Бердников, Л.М.

Гринберг, А.Ю. Евсеев // Туберкулез и болезни легких. – 2016. – Т. 94. - №4. – С. 57-62.

2. Клинические рекомендации «Посмертная и прижизненная патологоанатомическая диагностика ВИЧ-инфекции». / Под редакцией В.А. Цинзерлинга, В.Е. Карева, Ю.Р. Зюзя // Москва. – 2018. – 51 с.

3. Пархоменко Ю.Г. Морфологические аспекты ВИЧ-инфекции / Ю.Г. Пархоменко, Ю.Р. Зюзя, А.И. Мазус. – М.: Литтерра, 2016. – 168 с.

4. Dray X., Mycobacterium avium duodenal infection mimicking Whipple's disease in a patient with AIDS / Dray X., Vahedi K., Delcey V., Lavergne-Slove A., Raskine L., Bergmann J.F., Marteau P. // Endoscopy. – 2007. – 39. – P. 296-297.

5. Jones D. Nontuberculous mycobacteria in the HIV infected patient / Jones D., Havlir D.V. // Clin Chest Med. – 2002. – Vol. 23. - №3. – P. 665-674.

УДК 616.24-006

**Сенькин Г.С., Костерина Н.Е., Гринберг Л.М.
МОРФОМЕТРИЯ КЛЕТОК МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЁГКОГО В
ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ И ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ОБРАЗЦАХ**

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Senkin G.S., Kosterina N.E., Grinberg L.M.
MORPHOMETRY OF CELLS OF SMALL-CELL LUNG CANCER IN
HISTOLOGICAL AND CYTOLOGICAL SAMPLES**

Department of pathological anatomy and forensic medicine
Ural state medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: gleb-voron@mail.ru

Аннотация. Проведено морфометрическое сравнительное исследование размеров клеток мелкоклеточного рака легкого в гистологических препаратах и цитологических мазках, полученных от 103 больных. Показано, что площадь клеток опухоли в цитологических образцах достоверно практически в 4 раза больше, чем в гистологических срезах. Причина выявленного явления – различия в методах фиксации и изготовления препаратов, а также возможность деформации опухолевых клеток.

Annotation. A morphometric comparative study of the sizes of small cell lung cancer cells in histological specimens and cytological smears obtained from 103 patients was carried out. It was shown that the area of tumor cells in cytological samples was significantly 4 times more than in histological sections. The cause of the