

РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВИЧНЫХ
БИОПСИЙ ЛИМФОУЗЛОВ У 80 ПАЦИЕНТОВ
С ЛИМФАДЕНОПАТИЯМИ ПРИ ВИЧ/СПИДе

К. А. Линёв

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», Кафедра хирургии с основами торакальной, кардиоваскулярной и пластической хирургии (зав. каф. – Заслуженный врач Украины, доктор мед. наук, проф. И. В. Иоффе), Луганский областной центр профилактики и борьбы со СПИДом, г.Луганск, Украина

Цель исследования. Гистологический диагноз лимфаденопатий у больных ВИЧ-инфекцией/СПИДом.

Материал и методы. С 2008 по 2011 гг. наблюдали 80 ВИЧ-инфицированных больных с эксцизионной биопсией периферического лимфоузла. Гистологический диагноз поставлен всем больным методом световой микроскопии, у части больных при иммуногистохимическом исследовании.

Результаты и обсуждение. Результаты гистологического исследования: реактивная лимфаденопатия у 42 (52,5 %) пациентов, туберкулёз у 24 (30,0 %) больных, злокачественные опухоли у 14 (17,5 %) пациентов. Гистологическая картина реактивной лимфаденопатии представлена фолликулярной гиперплазией у 34 (42,5 %) пациентов, склерозом и атрофией лимфоидной ткани у 6 (7,5 %) пациентов, гнойным абсцедирующим лимфаденитом у 2 (2,5 %) пациентов.

Заключение. Биопсия периферических лимфоузлов служит ранним, безопасным, надёжным и доступным методом диагностики лимфаденопатии у ВИЧ-инфицированных, определяя тактику дальнейшего лечения пациента.

Ключевые слова: вирус иммунодефицита человека, синдром приобретённого иммунодефицита, лимфаденопатия, туберкулёз при СПИДе, лимфомы при СПИДе.

Введение. Лимфаденопатия (ЛАП) определяется как существующее не менее 3 мес. увеличение от 2 см одного или более лимфоузлов разных областей [1]. ЛАП при ВИЧ-инфекции – часто встречающийся синдром [3]. ЛАП при ВИЧ-инфекции на ранних этапах развития болезни (стадия первичных проявлений и латентная стадия) отражает последовательность изменений морфологической

картины: гиперплазию лимфоидных фолликулов, их инволюцию и истощение. На стадии вторичных заболеваний и терминальной стадии ЛАП отражает заболевание, её вызвавшее: оппортунистические инфекции (начиная с туберкулёза) и опухоли (лимфома, внеганальные герминогенные опухоли) [2, 4, 5]. Таким образом, определение патоморфологического процесса, послужившего причиной ЛАП, решает задачу установления стадийности заболевания, характера осложнений, лечебной тактики и прогноза.

Материал и методы исследования. Исследование произведено с 2008 по 2011 гг. в Луганском областном центре профилактики и борьбы со СПИДом у 80 ВИЧ-инфицированных пациентов с лимфаденопатией, консультированных амбулаторно и лечённых в стационаре. Биопсия лимфоузлов осуществлялась по общим хирургическим правилам. У 40 пациентов произведена биопсия лимфоузла шеи, у 34 – подмышечной, у 6 – паховой области. У части больных биопсия была произведена амбулаторно. Биопсированные лимфоузлы проходили стандартную обработку, срезы окрашивали гематоксилином/эозином, у части больных производилось иммуногистохимическое исследование в государственном учреждении «Национальный институт рака», г. Киев. Всем больным методом проточной цитометрии исследовали количество CD4⁺-лимфоцитов периферической крови.

Результаты исследований их обсуждение. Распределение больных согласно результатам гистологического исследования показано на рис. 1.

У 42 (52,5 %) пациентов выявлена реактивная неспецифическая лимфаденопатия,

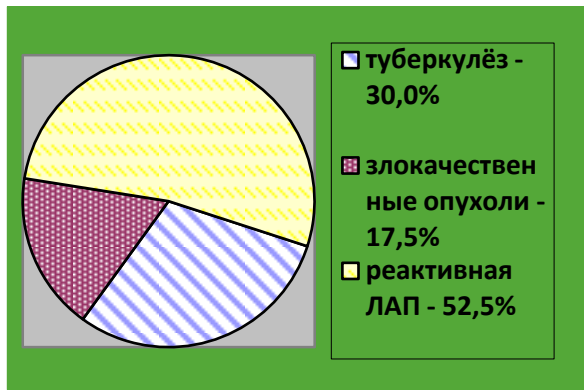


Рис. 1. Распределение 80 ВИЧ-больных с ЛАП согласно результату гистологического исследования биопсированного лимфоузла.



Рис. 2. Туберкулёзный лимфаденит шеи у ВИЧ-инфицированного пациента.

которая в соответствии с классификацией Joachim H. L. [4] разделена на типы А, В и С, отражающие стадии развития заболевания. Тип А, который характеризует острое вирусное поражение, был выявлен у 32 (40, 0 %) пациентов. У данных больных при гистологическом исследовании отмечались увеличенные лимфоидные фолликулы с гиперплазированными герминогенными центрами и интенсивным цитолизом, фагоцитозом ядерных остатков, гистиоцитами и многочисленными митозами. В окружающих кровеносных сосудах и синусах выявлялись множественные кровоизлияния и скопления клеток моноцитоидной природы. Клетки крупные, однообразные с четкой клеточной границей, светлой цитоплазмой и крупным темным ядром. В синусах отмечалась примесь нейтрофилов и многоядерных гигантских клеток типа Warthin-Finkeldey. У пациентов с типом А реактивной ЛАП среднее значение CD4-лимфоцитов периферической крови составило $172,2 \pm 31,5$ кл/мкл.

Тип В выявлен у 2 (2,5 %) пациентов, характеризовался стиранием рисунка фолликулов и частичной инволюцией зародышевых центров, лимфоидным истощением, скоплением плазматических клеток и выраженной пролиферацией сосудов внутри и вокруг фолликулов. Эта картина заставляет предполагать промежуточную фазу прогрессирования ВИЧ-инфекции.

У 6 (7,5 %) пациентов ЛАП при гистологическом исследовании отнесена к типу С – хроническая ЛАП с атрофией фолликулов, значительным ангиогенезом и фиброзом. При типе С лимфоузел атрофичен, с малочисленными фолликулами и выраженной диффузной сосудистой пролиферацией. Фолликулы небольшие, почти без лимфоцитов, с централь-

ной пенетрирующей артериолой, фокальным гиалинозом. В межфолликулярной коре количество лимфоцитов значительно снижено, наблюдается выраженная васкуляризация, выявляются плазматические клетки и диффузный фиброз. Следует отметить, что у пациентов с ЛАП типа С отмечалась иммунодепрессия, среднее количество CD4-лимфоцитов составило $97,1 \pm 12,8$ кл/мкл, что было достоверно ниже, чем у пациентов с ЛАП типа А ($p < 0,05$).

У 2 (2,5 %) пациентов ЛАП имела характер гнойного абсцедирующего лимфаденита с деструкцией лимфоузла.

Туберкулёзный лимфаденит выявлен у 24 (30,0 %) пациентов (рис. 2). Эта форма характеризовалась развитием в лимфатических узлах гранулематозного воспаления с наличием бугорков (туберкулов). Гранулёма включала 3 типа клеток – лимфоциты, эпителиоидные и многоядерные гигантские клетки Пирогова – Лангханса. На периферии гранулемы обнаруживался слой мелких лимфоцитов. В центральной части наблюдался более или менее выраженный некроз казеозного типа, для которого характерны отсутствие структуры и интенсивное окрашивание в розовый цвет эозином. Эпителиоидные клетки имели обильную розовую мелкогранулированную цитоплазму, в которой содержались кислотоустойчивые палочки. Отмечался казеозный некроз лимфоузлов с формированием серых крошкообразных масс у 8 (10,0 %) пациентов. При окрашивании по Цилю-Нильсену выявлялись микобактерии туберкулёза.

Злокачественные заболевания лимфатических узлов выявлены у 14 (17,5 %) пациентов, из них у 6 – лимфобластная лимфосаркома, у 4 – фолликулярная лимфома цитологического типа 1, у 2 больных – лимфогранулематоз,

эмбриональная рабдомиосаркома (шеи) – у 2 пациентов. Дифференцировка злокачественных новообразований производилась с использованием иммуногистохимического метода в лаборатории ГУ «Национальный институт рака», г. Киев.

При сопоставлении результатов гистологического заключения с уровнем CD4-клеток достоверного отличия уровня CD4-лимфоцитов у пациентов с реактивной ЛАП, туберкулезом лимфоузлов и злокачественными новообразованиями не получено. Среди пациентов с реактивной ЛАП CD4-лимфоциты составили $161,9 \pm 25,6$ кл/мкл, у пациентов с туберкулезом лимфоузлов – $123,7 \pm 31,6$ кл/мкл, у больных с опухолями – $155,2 \pm 45,9$ кл/мкл. Таким образом, у ВИЧ-инфицированных при ЛАП к биопсии лимфоузла следует прибегать вне зависимости от уровня CD4-клеток в связи с высокой вероятностью наличия туберкулеза или злокачественной опухоли.

Выводы. 1. Биопсия лимфоузла у больных ЛАП при ВИЧ является высокоинформативным и доступным методом исследования, которое позволяет определить характер осложнений.

2. Результаты гистологического исследования: реактивная ЛАП у 42 (52,5 %) пациентов, туберкулез у 24 (30,0 %) больных, злокачественные опухоли у 14 (17,5 %) пациентов.

3. Реактивная ЛАП разделена на гистологические типы А, В и С, которые являются стадиями патоморфологических изменений в лимфоузле от фолликулярной гиперплазии до истощения, атрофии лимфоидных фолликулов со склерозом лимфоузла.

4. У ВИЧ-инфицированных при ЛАП к биопсии лимфоузла следует прибегать вне зависимости от уровня CD4-клеток в связи с высокой вероятностью наличия туберкулеза или злокачественной опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Меликян А. Л. Роль морфологической характеристики лимфоузлов в дифференциальном диагнозе реактивных лимфаденопатий / Меликян А. Л., Капланская Л. Б., Никитин Е. А., Ковалёва Л. Г. // Терапевтический архив. – 2005. – № 5. – С. 37–44.

2. Пивник А. В. Дифференциальная диагностика лимфаденопатий при ВИЧ/СПИДе / Пивник А. В., Коровушкин В. Г., Пархоменко Ю. Г. и др. // Терапевтический архив. – 2006. – № 4. – С. 28–32.

3. Покровский В. В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В. и др. – М.: Геотар-мед. – 2003. – 208 с.

4. Ioachim H. L. Lymphadenopathies of HIV infection and AIDS / Ioachim H. L. // Harwood academic publisher. – 1993. – P. 159–170.

5. Nayak S. Fine-needle aspiration cytology in lymphadenopathy of HIV-positive patients / Nayak S., Mani R., Kavatkar A. N. et al. // Diagn. Cytopathol. – 2003. – V. 3. – P. 146–148.

К. О. Ліньов

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРЕПАРАТІВ ПЕРВИННИХ БІОПСІЙ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ У 80 ПАЦІЄНТІВ З ЛІМФАДЕНОПАТІЯМИ ПРИ ВІЛ/СНІД

м. Луганськ, Україна

Мета дослідження. Гістологічний діагноз лімфаденопатій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Матеріал і методи. З 2008 по 2011 рр. досліджено 80 ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ексцизійною біопсією периферичного лімфоузла. Гістологічний діагноз встановлений всім пацієнтам за допомогою оптичної мікроскопії, у деяких хворих за допомогою імуногістохімічного дослідження.

Результати та обговорення. Результати гістологічного дослідження: реактивна лімфаденопатія у 42 (52,5 %) пацієнтів, туберкульоз

К. А. Linyov

THE RESULTS OF HISTOLOGICAL INVESTIGATION OF PRIMARY BIOPSY LYMPHATIC NODES PREPARATIONS IN 80 PATIENTS WITH LYMPHADENOPATHY IN HIV/AIDS.

Lugansk, Ukraine

Aim. Histological diagnosis of lymphadenopathy in patients with HIV/AIDS.

Material and methods. 80 HIV-infected patients were investigated in period from 2008 to 2011 by peripheral lymphatic node biopsy. Histological diagnosis was made with light microscopy, in some at immunohistochemical examination.

Results. Reactive lymphadenopathy was
Conclusion. Biopsy of peripheral lymph nodes is an early, safe, reliable and cost-effective method of lymphadenopathy diagnosis in patients with HIV/AIDS defines next patient treatment diagno-

– у 24 (30,0 %), злоякісні пухлини у 14 (17,5 %) пацієнтів. Гістологічна картина реактивної лімфаденопатії являла собою фолікулярну гіперплазію у 34 (42,5 %) пацієнтів, склероз і атрофію лімфоїдної тканини у 6 (7,5 %) пацієнтів, гнійний абсцедуючий лімфаденіт у 2 (2,5 %) хворих.

Висновок. Біопсія периферичних лімфовузлів є раннім, безпечним, надійним і доступним методом діагностики лімфаденопатії у ВІЛ-інфікованих, що визначає тактику подальшого лікування пацієнта.

Ключові слова: вірус імунодефіциту людини, синдром набутого імунодефіциту, лімфаденопатія, туберкульоз при СНІДі, лімфоми при СНІДі.

sed in 42 (52,5 %) patients, tuberculosis – in 24 (30,0 %), malignant tumors – in 14 (17,5 %) patients. Histologically, lymphadenopathy was represented by follicular hyperplasia in 34 (42,5 %) patients, lymphoid tissue sclerosis and atrophy – in 6 (7,5 %) patients, purulent lymphadenitis in 2 (2,5 %) patients.

management.

Key words: HIV, AIDS, lymphadenopathy, tuberculosis in AIDS, lymphomas in AIDS.