

## Анализ туберкулеза на аутопсийном материале у лиц с различным иммунным статусом

М.М. Тусупбекова, Г.Н. Иманбаева, Л.М. Стабаева

Карагандинский государственный медицинский университет, Республика Казахстан

**Введение.** Особое внимание в структуре легочных заболеваний в государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 гг. уделяется вопросам профилактики и контроля над туберкулезом, снижения заболеваемости и смертности до 7,5 на 100 тыс. населения. Несмотря на проводимый комплекс противотуберкулезных лечебно-профилактических мероприятий и реализацию социальных программ, заболеваемость и смертность от туберкулеза в Казахстане остается все еще высокой. Ежегодно выявляются в среднем до 9 тыс. 137 новых случаев заболеваемости туберкулезом. Отмечено, что мультирезистентные формы туберкулеза преобладают среди лиц, находящихся в исправительных учреждениях и входящих в группы риска. Выявление лиц с первичной лекарственной устойчивостью к микобактерии туберкулеза возрастает с ростом численности больных с лекарственно-резистентными штаммами микобактерий туберкулеза и является значительным препятствием для эффективного проведения лечебно-профилактических мероприятий.

**Материал и методы.** Выполнен ретроспективный анализ 521 протокола патологоанатомического исследования, проведенного в патологоанатомическом отделении областного объединения «Фтизиатрия» г. Караганды за последние 3 года. Средний возраст составил 41,3 года, соотношение мужчин и женщин — 1 : 1, в 87% случаев это лица, входящие в группу высокого социального риска. Полученный материал аутопсии фиксировался в 10% растворе нейтрального формалина, полученные парафиновые срезы толщиной 5–6 мкм окрашивались гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону пикрофуксином, по Маллори, а также на амилоид методом Конго–Рот. Микропрепараты просматривали на специализированном микроскопе Leica DM 1000 с цифровым фотографированием микропрепаратов при увеличении 100, 200 и 400.

**Результаты.** Анализ аутопсийного материала показал, что в структуре нозологических форм туберкулеза легкого как основное заболевание первое место занимает фиброзно-кавернозная форма, второе — диссеминированная форма, далее — милиарный туберкулез. Туберкулезный лимфаденит у взрос-

лых диагностирован в 3 наблюдениях и по одному наблюдению диагностированы очаговая, цирротическая и кавернозная формы туберкулеза легких. В 16 наблюдениях у лиц, лечившихся с диагнозом «туберкулез легкого», выявлена неспецифическая пневмония, в 13 случаях — атипические формы острого инфаркта миокарда. Среди клинико-анатомических форм туберкулеза в структуре сочетанного заболевания в 23 (4,4%) случаях диагностирована вирусно-бактериальная пневмония, в 16 (3,7%) — прогрессирование хронического гепатита, в 12 наблюдениях (2,3%) — ВИЧ-инфекция в стадии собственно СПИДа, вирусологически верифицированная. Хронический активный вирусный гепатит выявлен в 3 случаях (0,3%), сифилис — в 1 (0,2%), из паразитарной патологии был один случай (0,3%) эхинококка печени. Развитие вторичного иммунодефицитного состояния у больных туберкулезом при сочетанной инфекционной патологии отмечено в 85,6% наблюдений. При этом патоморфологические изменения характеризовались частичной или же полной редукцией лимфоидных фолликулов в группе паратрахеальных, бифуркационных лимфатических узлов и селезенке. Следует отметить, что в 92,9% случаев туберкулезный процесс находился в стадии обострения с преобладанием альтеративной и экссудативной тканевой реакции и лишь в одном случае — в стадии заживления с преобладанием продуктивной тканевой реакции с формированием специфических гранулем и с выраженным осложнением в виде амилоидоза почек с развитием уремии. Проведенный ретроспективный анализ данных историй заболевания и патоморфологического исследования показал, что диагноз острой вирусной инфекции не был диагностирован при жизни, что говорит о некорректной оценке и интерпретации клинических проявлений вирусной инфекции на фоне имеющегося иммунодефицитного состояния, обусловленного специфическим процессом при туберкулезе.

**Выводы.** Таким образом, снижение признаков туберкулеза с преобладанием казеозного некроза и ослаблением продуктивной тканевой реакции, что обусловлено развитием иммунодефицитного состояния при взаимоотношающихся инфекциях, и является характерной патоморфологической особенностью.