

ЛИТЕРАТУРА

1. Царёв, В. Н. Антимикробная терапия в стоматологии / В. Н. Царёв, Р. В. Ушаков. — М., 2006. — 143 с.
2. Царёв, В. Н. Методы микробиологического исследования, применяемые в стоматологии / В. Н. Царёв // Микробиология, вирусология и иммунология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 474–482.
3. Нормативні, директивні, правові документи «Бактеріологія і вірусологія». — Київ: Медінформ, 2004. — С. 134–136.

УДК 616.42-08

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИСТИОЦИТОЗА X

Поварова Д. В., Антонова М. А.

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Цель

Показать редкий клинический случай гистиоцитоза X.

Материал и методы исследования

В данном исследовании использовались медицинская карта стационарного пациента, биопсийная карта, медицинская литература, содержащая информацию о гистиоцитозе X.

Результаты исследования и их обсуждение

В статье представлен редкий клинический случай — гистиоцитоза X (болезни Хенда — Шюллера — Крисчена). Уникальность этого случая заключается в том, что гистиоцитоз X, наиболее характерен для детей первых лет жизни. Частота встречаемости в возрастной группе до 14 лет составляет 3–5 случаев на 1 млн. Пик заболеваемости приходится на возраст от 1 года до 4 лет [3]. При гистиоцитозе X происходит пролиферация гистиоцитов, известных как клетки Лангерганса (белые отростчатые эпидермоциты), которые находятся внутри эпидермиса. При гистиоцитозе X в гранулемоподобных очагах клетки Лангерганса почти всегда сопровождаются эозинофилами [2]. Характерные симптомы — это хроническое диссеминированное поражение одной определенной органной системы, чаще всего костной. Возникает в костях черепа, бедра и ребрах. Кроме того, могут поражаться лимфатические узлы, селезенка, костный мозг, тимус, легкие, печень, желудочно-кишечный тракт [1]. Болезнь Хенда — Шюллера — Крисчена начинается с недомогания, быстрой утомляемости, потери аппетита, появлением жажды. У одной трети больных отмечаются полиморфные высыпания диссеминированных, слегка шелушащихся папул желтого цвета. Обнаруживаются эритематозно-сквамозные пятна, петехии, мелкие ксантомы, кровянистые корочки, точечные рубчики. Помимо поражения кожи для этого заболевания характерно типичная триада признаков: экзофтальм, множественные деструктивные изменения в костях, признаки несахарного диабета. Может поражаться центральная нервная система, появляется гиперрефлексия, дизартрия, реже — судорожный синдром. Могут отмечаться боли, отек над остеолитическим очагом [3]. Микроскопически отмечается диффузное разрастание клеток Лангерганса, выявляется примесь элементов реактивного воспаления — нейтрофильные лейкоциты, лимфоциты, пенистые макрофаги, фибробласты. Обилие эозинофильных лейкоцитов, местами формирующих скопления типа эозинофильных абсцессов объясняет один из распространенных терминов — эозинофильная гранулема кости [1]. При иммуногистохимическом исследовании выявляется положительная реакция на антиген CD1, S-100. Диагноз гистиоцитоз из клеток Лангерганса ставится на основании клинических данных, гистологического исследования — выявления типичных клеток, которые имеют положительные маркеры S-100, CD1a. При электронной микроскопии выявляются гранулы Бирбека в цитоплазме клеток.

Прогноз у пациентов с гистиоцитозом различен и зависит от многих факторов. Чем в более раннем возрасте началось заболевание, тем менее благоприятный его прогноз. Ле-

тальность увеличивается при прогрессирующем течении заболевания или наличии осложнений, которые включают в себя скелетные дефекты костей и зубов, несахарный диабет, другие эндокринопатии, поражения легких, сердца и центральной нервной системы [3].

Пациент К., 1933 г. р., был доставлен в Гомельскую областную клиническую больницу из ЦРБ Гомельского района 04.03.2015 г. с острым нарушением спинального кровообращения на поясничном уровне. При поступлении острой сосудистой патологии не выявлено. Жалобы пациента на слабость в конечностях, за месяц до поступления появились боли в грудном и поясничном отделах позвоночника.

При осмотре пациента менингеальные знаки умеренно выражены, сухожильно-периостальные рефлексы с конечностей: равновеликие $S = D$, нижняя параплегия. Патологический симптом Бабинского выявляется с 2-х сторон.

Клинический диагноз: Объемные образования грудного отдела позвоночника, нижняя параплегия. Нарушение функции тазовых органов по типу задержки.

Обследование. Компьютерная томография спинного мозга от 04.03.2015 г.: костно-деструктивных изменений не выявлено. Умеренные признаки дегенеративно-дистрофических изменений на исследуемых уровнях (преимущественно на уровне L5-S1). Данных о наличии экструзии дисков не получено. Очаговый кальциноз брюшного отдела аорты.

Рентгенография грудного отдела позвоночника за 05.03.2015 г.: убедительных данных за деструктивные изменения в грудных позвонках не выявлено.

Магнитно-резонансная томография спинного мозга от 06.03.2015 г.: имеется легкий сколиоз, остеохондроз, деформирующий спондилез и артроз, множественные передние и задние остеофиты в шейном, верхне- и средне-грудном отделе позвоночника. Выпрямлен шейный лордоз и физиологический кифоз в верхне-грудном отделе позвоночника. Патологический кифоз в средне-грудном отделе позвоночника. Дегенеративные изменения во всех межпозвоночных дисках на исследуемом уровне. МРТ-данных за выпячивание и выпадение межпозвоночных дисков на исследуемом уровне нет. Выявлено объемное образование в спинно-мозговом канале на уровне тел Th10 и Th11 позвонков с расширением процесса на тело и заднее полукольцо Th11 позвонка, компремирован спинной мозг. Ширина канала в верхне-грудном отделе позвоночника до 1,58 см. и в средне-грудном отделе позвоночника до 1,67 см. После введения контрастного вещества отмечается его накопление объемным образованием.

Заключение: Объемное образование в спинно-мозговом канале на уровне тел Th10 и Th11 позвонков с распространением процесса на тело и заднее полукольцо Th11 позвонка, компремирован спинной мозг. Легкий сколиоз, остеохондроз, деформирующий спондилез и артроз, множественные передние и задние остеофиты в шейном, верхне- и средне-грудном отделах позвоночника. Патологический кифоз в средне-грудном отделе позвоночника. МРТ-данных за выпячивание и выпадения межпозвоночных дисков на исследуемом уровне нет.

10.03.15 г. было проведено оперативное лечение — ламинэктомия на уровне Th 10,11 — удаление экстрадурального новообразования: выявлено объемное образование, белесого цвета, отделено от твердой мозговой оболочки, удалено. Диагноз: экстрадуральное новообразование спинного мозга на уровне Th10,11 с нижней параплегией, нарушение функции тазовых органов по типу задержки. Препарат: куски опухоли белесого цвета мягко-эластической консистенции. Гистологическое заключение: гистиоцитоз из клеток Лангерганса (эозинофильная гранулема, гистиоцитоз X).

После морфологического исследования выставлен заключительный клинический диагноз: новообразование спинного мозга в грудном отделе, нижняя параплегия. Гистиоцитоз из клеток Лангерганса. Очаговый кальциноз брюшного отдела аорты.

Выводы

Данный клинический случай представляет собой особый интерес, так как гистиоцитоз из клеток Лангерганса встречается преимущественно у детей в возрасте 2–5 лет. В научной работе показана необходимость комплексного подхода в диагностике данного заболевания, включая морфологическое исследование для более точной верификации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Недзьведь, М. К. Патологическая анатомия / М. К. Недзьведь, Е. Д. Черствый — Минск: Выш. шк., 2015. — С. 252–254.
2. Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: частный курс, часть первая / М. А. Пальцев, Н. М. Аничков. — М.: Медицина, 2001. — Т. 2. — С. 227.
3. Вестник дерматологии и венерологии. — 2013. — № 1. — С. 51–53.