

Поражение почек проявляется в виде мембрано-пролиферативного гломерулонефрита (МПГН). К развитию МПГН приводит формирование *in situ* (в субэндотелиальном пространстве и мезангии клубочков почек) иммунных комплексов, состоящих из IgM РФ, IgG (анти-ВГС) и антигенов ВГС. Структурные белки ВГС были обнаружены в иммунных депозитах в клубочках и интерстиции. Изменения в почках при криоглобулинемическом МПГН имеют некоторые особенности, позволяющие отличать его от идиопатического МПГН. Этими особенностями являются:

1) внутрикапиллярные PAS-положительные тромбы, состоящие из преципитатов криоглобулинов и имеющие вид фибриллярных или кристаллоидных структур при электронной микроскопии (рисунок 1);

2) гиперклеточность клубочков из-за массивной инфильтрации лейкоцитами, главным образом моноцитами, мононуклеарами (число инфильтрирующих моноцитов в острую стадию заболевания может достигать 80 клеток в одном клубочке);

3) выраженное утолщение базальной мембраны клубочков почек (в большей степени за счет расположения по периферии моноцитов, чем в связи с интерпозицией мезангиального матрикса и мезангиальных клеток);

4) васкулит артерий мелкого и среднего калибра с участками фибриноидного некроза и моноцитарной инфильтрацией стенки.

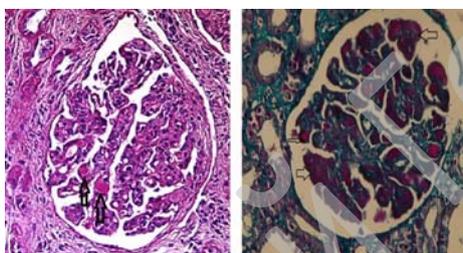


Рисунок 1 — Внутрикапиллярные PAS-положительные тромбы (указаны стрелками)

Выводы

Рассмотрены морфологические изменения в различных органах при криоглобулинемическом васкулите, который ассоциирован с гепатитом С. Для доказательства данной патологии требуется сложные диагностические исследования, включая иммуногистохимические методы и электронную микроскопию. Комплексная диагностика поможет конкретизировать и определить патогенез поражения органов при вирусном гепатите С. Полученные данные послужат основой для дальнейших клиничко-морфологических сопоставлений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальшина, С. Г. Криоглобулинемический васкулит / С. Г. Пальшина, В. И. Васильев // Научно-практическая ревматология. — 2010. — № 4. — С. 59–66.
2. Ragab, G. Vasculitic syndromes in hepatitis C virus: A review / G. Ragab, M. A. Hussein // Journal of Advanced Research. — 2017. — № 8. — P. 99–111.
3. Hepatitis C virus as a systemic disease: reaching beyond the liver / K. Gill [et al.] // Hepatol Int. — 2016. — № 10. — P. 415–423.
4. Дунаева, Н. В. Криоглобулинемия и вирус гепатита С / Н. В. Дунаева, Е. В. Эсауленко // Журнал инфектологии. — 2011. — Т. 3, № 2. — С. 13–18.

УДК 616.36-097

АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ

Журбикова Н. В.

**Научные руководители: ассистент А. М. Кравченко,
заведующая кафедрой, к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Заметное место в гастроэнтерологии занимает группа заболеваний с неизвестной причиной, механизм развития которых представляет агрессию собственной иммунной системы

против неизменных компонентов ткани печени. К этой группе относятся аутоиммунный гепатит (АИГ), первичный билиарный цирроз (ПБЦ), первичный склерозирующий холангит (ПСХ), а также ряд перекрестных и окончательно не идентифицированных синдромов. В роли характерных общих черт, лежащих в основе их объединения по патогенетическому признаку, выступают связь с определенными аллелями гистосовместимости, множественные нарушения клеточного и гуморального иммунитета, сенсбилизация Т- и В- лимфоцитов к аутоантигенам, ассоциация с другими аутоиммунными заболеваниями и выраженный в различной степени ответ на медикаментозную иммуносупрессию. Несмотря на наличие объединяющих диагностических критериев, аутоиммунные заболевания печени существенно различаются по антигенам, представляющим собой мишени для иммунопатологических реакций [1–4]. Согласно литературным данным, у 43 % пациентов с АИГ при отсутствии терапии в течение 3 лет развивается ЦП [1]. У пациентов с ПБЦ при отсутствии лечения в течение 5–15 лет с момента постановки диагноза развиваются осложнения ЦП (портальная гипертензия, печеночная недостаточность) с последующим летальным исходом [5].

Цель

Определить долю пациентов с АИГ и ПБЦ среди всех пациентов, находящихся на лечении с диагнозами «гепатит» и «цирроз печени» соответственно, в гастроэнтерологическом отделении ГУЗ «ГГКБ № 3» г. Гомеля в 2016 г.

Изучить клиническую картину, начало и течение аутоиммунных заболеваний печени, а также характер изменений в биохимическом анализе крови у пациентов с данными заболеваниями.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 28 историй болезни пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени, находящихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГУЗ «ГГКБ № 3» г. Гомеля в 2016 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Для диагностики применялись различные методы исследования, такие как изучение анамнеза жизни и заболевания пациентов, анализ биохимических показателей: аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ) — определяющие синдром цитолиза, щелочная фосфатаза (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП) — определяющие синдром внутрипеченочного холестаза; определение аутоантител (ANA, AMA, SMA, SLA/LP, anti-LKM-1), определение маркеров вирусных гепатитов, а также инструментальные методы исследования.

Для АИГ характерны следующие изменения лабораторных показателей: повышение АЛТ, АСТ при невысоком уровне ЩФ – синдром цитолиза, обязательным критерием является наличие антинуклеарных антител (ANA+). Для ПБЦ характерны повышение уровня ЩФ, ГГТП, при сравнительно невысоком повышении уровня трансаминаз (не более 3 норм) — синдром холестаза, обязательным критерием является наличие антимитохондриальных антител (AMA+).

В течение 2016 г. в гастроэнтерологическом отделении ГУЗ «ГГКБ № 3» с диагнозом «хронический гепатит» пролечено 122 пациента, из них 9,8 % с АИГ, из 167 пациентов с ЦП 9,6 % составили пациенты с ПБЦ.

У 85,7 % пациентов (24 человека) аутоиммунное заболевание печени протекало без характерной клинической картины. Изменения в биохимическом анализе крови были выявлены при проведении профилактических осмотров, либо при обращении пациентов по поводу других заболеваний. У 14,3 % в дебюте заболевания отмечались артралгии, слабость, зуд кожных покровов, желтуха.

Большинство пациентов (92,9 %) с диагнозом аутоиммунного заболевания печени — женщины. У 75 % пациентов диагноз выставлен в возрасте после 50 лет.

На основании определения аутоантител и маркеров вирусных гепатитов были выделены группы, пациенты с: ПБЦ — 35,7 % (10 человек), АИГ — 35,7 % (10 человек), ПБЦ + АИГ — 21,4 % (6 человек), АИГ + гепатит «С» — 7,2 % (2 человека).

В группе пациентов с АИГ 70 % пациентов имели минимальную степень активности (повышение трансаминаз до 3 норм), 30 % пациентов кроме синдрома цитолиза имели синдром внутрипеченочного холестаза.

В группе пациентов с ПБЦ 60 % пациентов имели умеренно выраженный синдром внутрипеченочного холестаза (3–7 норм), 40 % пациентов имели выраженный синдром внутрипеченочного холестаза, кроме того 1 (10 %) человек имел умеренное повышение трансаминаз.

В группе пациентов с ПБЦ + АИГ у 100 % преобладал синдром внутрипеченочного холестаза (умеренно выраженный (3–7 норм), над синдромом цитолиза (минимально выраженный (до 3 норм).

В группе пациентов с АИГ + гепатит «С» 1 человек имел минимальную степень активности (повышение трансаминаз до 3 норм), и 1 человек высокую степень активности: выраженный синдром цитолиза (повышение уровня трансаминаз более 7 норм) и выраженный синдром внутрипеченочного холестаза (повышение ЩФ и ГГТП более 7 норм).

Выводы

Как видно из представленных результатов пациенты с аутоиммунными заболеваниями печени, как правило, имели бессимптомное течение заболевания, а изменения в биохимическом анализе крови носили минимальный или умеренно выраженный характер. Определение аутоантител позволяет диагностировать аутоиммунные заболевания печени в более ранние сроки. Ранняя диагностика и своевременная терапия определяют благоприятный прогноз для пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Минск: Новое знание, 2016. — 333 с.
2. Широкова, Е. Н. Аутоиммунный гепатит: новое в диагностике, патогенезе и лечении / Е. Н. Широкова, К. В. Ивашкин, В. Т. Ивашкин // Российский журнал гастроэнтерологии гепатологии колпроктологии. — 2012. — № 5. — С. 37–45.
3. Ивашкин, В. Т. Аутоиммунные заболевания печени в практике клинициста / В. Т. Ивашкин, А. О. Буеверов. — М.: М-Вести, 2001. — 102 с.
4. Лопаткина, Т. М. Аутоиммунный гепатит и его варианты формы: классификация, диагностика, клинические проявления и новые возможности лечения: пособие для врачей / Т. М. Лопаткина. — М.: 4ТЕ Арт, 2011. — 36 с.
5. Цирроз печени: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 44 с.

УДК 616-006.81.04

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ НА 1 СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Зверькова В. А., Тараканов В. Н.

Научный руководитель: ассистент Т. И. Минайло

Учреждение образования

**«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Меланома кожи (МК) — агрессивное злокачественное новообразование, рост заболеваемости которым регистрируется во всем мире. Среднегодовой темп прироста заболеваемости МК в мире составляет около 5 % (в США — 4 %, в России — 3,9 %) и считается одним из самых высоких среди всех злокачественных опухолей. В Беларуси за последние 15 лет ежегодное число заболеваний МК увеличилось в 2 раза: с 461 случая в 2001 г., 676 — в 2010 г., до 852 случаев — в 2015 г.

Цель

Изучение особенностей клинического течения МК, анализ применяемых методов лечения, а также оценка последующего динамического наблюдения пациентов с МК 1 стадии (T1N0M0 – T2aN0M0).

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 215 пациентов с диагнозом МК, 1 стадия (T1N0M0 – T2aN0M0), взятых на учет в учреждении здравоохранения (УЗ) «Мин-