

Периваскулярная инфильтрация определялась в 75 % наблюдений, а в остальных случаях она имела диффузный характер. Указанные изменения сопровождались мелкими периваскулярными кровоизлияниями, наблюдавшимися в 45 % случаев, и периваскулярным склерозом, который обнаруживался в 80 % наблюдений.

В мозжечке обнаруживалась диффузная круглоклеточная лимфо-плазматическая инфильтрация, наблюдавшаяся в 75 % случаев, а также периваскулярная инфильтрация в 20 % наблюдений. В 50 % наблюдений был отмечен волокнисто-клеточный глиоз (таблица 1).

#### **Заключение**

Во всех случаях аутопсийных наблюдений головного мозга при хронической HCV-инфекции обнаружены признаки хронического воспалительного процесса, среди них: круглоклеточная инфильтрация лимфоцитами и плазматическими клетками, склеротические изменения мягкой мозговой оболочки и периваскулярный склероз внутримозговых сосудов, волокнисто-клеточный глиоз. В ряде случаев были выявлены признаки обострения процесса, наиболее частыми из которых явились периваскулярные кровоизлияния и гемосидероз. Наблюдаемые морфологические феномены в различной степени характерны для всех исследованных отделов головного мозга. Обнаруженные изменения могут являться морфологическим субстратом развития психоневрологических нарушений у соответствующей категории больных, что согласуется с данными литературы по этому вопросу.

Таким образом, морфологическая оценка воспалительных и дистрофических изменений головного мозга при хронической HCV-инфекции позволяет составить объективное представление о степени и распространенности этих процессов в головном мозге, что может быть использовано в клинической практике врачей-патологоанатомов для унификации подхода к описанию морфологии мозгового вещества при данной патологии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Внепеченочные проявления хронических вирусных гепатитов В и С / О. Л. Арямкина [и др.] // Российский медицинский журнал. — 2006. — № 1. — С. 6–8.
2. Майбогин, А. М. Морфологические изменения в головном мозге у больных вирусным гепатитом С / А. М. Майбогин // Проблемы здоровья и экологии. — 2010. — № 1. — С. 36–38.
3. Evidence for a cerebral effect of the hepatitis C virus / D. M Forton [et al.] // Lancet. — 2006. — Vol. 358. — P. 38–39.
4. Identification of Unique Hepatitis C Virus Quasispecies in the Central Nervous System and Comparative Analysis of Internal Translational Efficiency of Brain, Liver, and Serum Variants / D. M Forton [et al.] // Journal of Virology. — 2004. — Vol. 78. — P. 5170–5183.
5. Immunohistochemical Detection of HCV in Nerves and Muscles of Patients with HCV Associated Peripheral Neuropathy and Myositis / Layla K. Younis [et al.] // International Journal of Health Sciences. — 2007. — Vol. 1. — P. 195–202.

**УДК 616.34-008.1-053.2**

### **ЦЕЛИАКИЯ У ДЕТЕЙ (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)**

*Малолетникова И. М., Зарянкина А. И., Лозовик С. К.*

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

Целиакия — хроническая генетически детерминированная аутоиммунная Т-клеточно-опосредованная энтеропатия, характеризующаяся стойкой непереносимостью специфических белков эндосперма злаковых культур с развитием обратимой гиперрегенераторной атрофии слизистой оболочки тонкой кишки и синдромом мальабсорбции.

Многообразие вариантов клинического течения у детей и подростков создает значительные сложности для ранней диагностики целиакии, а несвоевременное назначение

адекватного этиотропного лечения ухудшает прогноз заболевания, а также увеличивает частоту бесплодия, остеопороза, аутоиммунных и онкологических заболеваний [1].

*Этиология патогенез.* В реализации заболевания имеют значение комплекс экзогенных, генетических, иммунологических факторов, а также особенности регуляции местной воспалительной реакции. Ключевым фактором внешней среды, лежащим в основе патогенеза целиакии, является повреждение слизистой оболочки тонкой кишки глютеном. Без контакта с глютеном возникновение целиакии невозможно [1, 2].

*Клиническая картина.* В зависимости от сочетания клинических, сероиммунологических и гистологических характеристик выделяют несколько основных клинических форм заболевания: типичную, атипичную, латентную.

Манифестация типичной целиакии происходит через 1,5–2 месяца после введения прикорма в виде каш (геркулесовой, манной и т. п.). Провоцирующим фактором могут выступать инфекционные заболевания (кишечная инфекция, ОРВИ), оперативные вмешательства, стрессовые ситуации и т.п.

Целиакию можно заподозрить при появлении эмоциональной лабильности, снижении аппетита, замедлении темпов прибавки массы тела. Если клинически преобладает какой-либо отдельный симптом при отсутствии прочих — в этом случае выделяют атипичную целиакию [2].

*Диагностика.* По рекомендациям Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов критериями диагностики целиакии (ESPGHAN-критерии) являются клиническая картина, положительные серологические маркеры, характерные морфологические изменения слизистой тонкой кишки, а также нормализация перечисленной симптоматики на фоне аглиадиновой диеты [3].

*Лечение.* Единственным методом лечения целиакии и профилактики ее осложнений является строгая и пожизненная безглютеновая диета.

*Диспансерное наблюдение.* Срок наблюдения: пожизненно.

Случай из клинической практики.

Мальчик М, 8 лет. Диагноз: Целиакия, типичная форма, активная стадия. Марш Шс. Латентный дефицит железа. Врожденный гидронефроз слева на фоне стриктуры мочеточника (оперативное лечение, сентябрь 2012 г.).

*Anamnesis vitae.* Мальчик родился в срок, от первой неотягощенной беременности, с массой 3000 г., ростом 52 см. С 2-летнего возраста беспокоят боли в животе. Неоднократно обследовался по месту жительства: УЗИ органов брюшной полости (реактивный панкреатит, панкреатопатия, гипотония желчного пузыря). В сентябре 2006 г. обследован в педиатрическом отделении № 1 Гомельской областной детской клинической больницы (ГОДКБ), выставлен диагноз: функциональное заболевание желудка.

Аллергоанамнез ребенка: пищевая аллергия, проявляющаяся кожной сыпью.

Из перенесенных заболеваний: ОРИ (фарингит, ларингит, бронхит, грипп в 2007 г.), тонзиллит, острый средний отит. Наследственность: со слов мамы ребенка — ее беспокоят периодические боли в животе, неустойчивый стул. Не обследована, диагноз не уточнен.

В сентябре 2012 г. — оперативное лечение по поводу пластики мочеточника слева, с последующим длительным (сентябрь-октябрь) приемом антибактериальных и уросептических препаратов.

*Anamnesis morbi.* Заболел 20.10.12 г., когда появилась рвота, вздутие и боли в животе, диарея, снижение аппетита. В связи с неэффективностью амбулаторного лечения в ноябре 2012 г. был госпитализирован в инфекционное отделение по месту жительства. Анализ кала на кишечную группу многократно отрицательный. Осматривался хирургом: острая хирургическая патология органов брюшной полости исключена.

В связи с отсутствием положительной динамики в конце ноября 2012 г. ребенок переведен в ГОДКБ в педиатрическое отделение № 1 с жалобами на боль в животе (в

области пупка), снижение аппетита (отказывается от мяса, хлебобулочных, макаронных изделий), неустойчивый характер стула, отрыжку, вздутие живота, чувство тяжести в животе после приема пищи, обильный стул.

Состояние при поступлении — средней степени тяжести за счет абдоминального, диспепсического, интоксикационного синдромов. В сознании, ребенок эмоционально лабилен. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистая полости рта чистая, розовая, суховата; язык сухой, обложен белым налетом. В легких перкуторно-легочной звук, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧД 20/мин, хрипов нет. Тоны сердца звучные, сокращения ритмичные, ЧСС 90 в минуту. Живот увеличен в объеме, вздут, мягкий, болезненный в эпигастральной, околопупочной областях. Печень и селезенка не пальпируются. Мочевыделение регулярное, безболезненное. Стул обильный, количество каловых масс превышает количество съеденной пищи за этот период.

Масса тела — 21 кг, рост — 124 см. Физическое развитие низкое, дисгармоничное.

Учитывая жалобы на боль, вздутие, чувство тяжести в животе после приема пищи, снижение аппетита (отказывается от приема в пищу макаронных и хлебобулочных изделий, сосисок, печенья), отрыжку, неустойчивый характер стула (обильные порции), проводился диф. диагноз хронической патологии желудочно-кишечного тракта и синдрома нарушенного кишечного всасывания (целиакия?).

Результаты клинико-лабораторных обследований: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глист, соскоб на энтеробиоз, анализ кала на цисты лямблий, анализ кала на дисбактериоз, копрограмма, анализ крови на гормоны щитовидной железы, анализ мочи на амилазу — все показатели без особенностей; биохимический анализ крови — снижение сывороточного железа, увеличение ОЖСС.

УЗИ органов брюшной полости, заключение: гепатомегалия, незначительное количество выпота в брюшной полости.

Осмотр специалистов: невролог: астеновегетативный синдром; стоматолог: полость рта санирована; офтальмолог: глазное дно в норме; генетик: рекомендовано: исключить целиакию, муковисцидоз (потовый тест — пота 240 мг, ионов хлора 15 ммоль/л), нарушение обмена веществ (моча и кровь — сухие пробы: наследственных нарушений обмена веществ не выявлено).

С целью уточнения диагноза «целиакия» ребенок был направлен в Республиканский детский центр целиакии (УЗ «3-я городская детская клиническая больница», г. Минск), где проведен серологический скрининг на целиакию: АТ к глиадину Ig G 93,8 МЕ/ml (норма до 25 МЕ/ml), АТ к глиадину Ig A 390,7 МЕ/ml (норма до 25 МЕ/ml), АТ к тканевой трансглутаминазе Ig A 365,0 МЕ/ml (норма до 20 МЕ/ml), АТ к тканевой трансглутаминазе Ig G положительная (качественная); патогистологическое исследование слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, заключение: хронический атрофический дуоденит с интраэпителиальным лимфоцитозом. Данная морфологическая картина может наблюдаться при глютенной или аутоиммунной энтеропатии. Marsh IIIc. Хронический умеренный 1 степени активный антральный гастрит, Нр +.

Ребенку назначена аглиадиновая диета, проведена коррекция нутритивного статуса (препараты железа, поливитамины, биопрепараты).

В течение 6 месяцев купированы основные клинические синдромы, улучшился психологический статус, получена положительная динамика массы тела.

Повторный анализ крови (04.07.2013) на AGT: AGT — 72 mg/ml (норма 50–120 mg/ml).

Таким образом, на сегодняшний день в Республике Беларусь есть все возможности для диагностики целиакии у детей. Аглиадиновая диета и медикаментозная коррекция позволяют нормализовать состояние здоровья и повысить качество жизни больных целиакией детей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Саванович, И. И. Целиакия у детей и подростков: пособие для врачей / И. И. Саванович. — Минск: Доктор-Дизайн, 2010. — 40 с.
2. Губская, Е. Ю. Целиакия: клиника, диагностика, лечение / Е. Ю. Губская // Внутренняя медицина. — 2008. — № 3 (9). — С. 5–7.
3. Практическое руководство Всемирной организации гастроэнтерологов (ВОГ-OMGE) Целиакия, Февраль 2005 [http:// www.omge.org/](http://www.omge.org/)

УДК 37.016:611.018-057.875

### **ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ РАЗДЕЛА ГИСТОЛОГИИ «ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ» СТУДЕНТАМ МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

*Мальцева Н. Г., Кравцова И. Л.*

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

#### ***Введение***

Требования новой типовой программы по гистологии, цитологии и эмбриологии для студентов медико-диагностического факультета поставило перед коллективом кафедры задачу в разработке более расширенных методов обучения студентов в системе подготовки врачей медико-диагностического профиля.

Изучение основ гистологии является важным звеном в познании тела человека, так как ткани представляют собой один из уровней организации живой материи, основу формирования органов. В клинической практике цито-гистологический анализ служит для объективной диагностики различных опухолей, заболеваний крови, иммунной системы и др. Широкое применение нашла биопсия органов [4]. В связи с этим возникла необходимость научить профессиональному приготовлению качественного мазка, гистологического препарата, умению произвести правильный цито-гистологический анализ, необходимые измерения количества и размеров структур, используя современную технику (различные виды световых микроскопов, электронный микроскоп, микротомы и ультрамикротомы, спектрофотометры, анализаторы изображений и т.д.) [2]. Данные теоретические знания и практические навыки наиболее актуальны для будущих врачей, специализирующихся в области клинической лабораторной диагностики.

#### ***Цель исследования***

Анализ методов гистологических исследований и возможность их практического применения при проведении практических занятий по гистологии.

#### ***Материалы и методы исследования***

Цито-гистологические методы окрашивания мазков и срезов тканей.

#### ***Результаты и их обсуждение***

Формирование обобщенных знаний и умений по дисциплине гистология, цитология, эмбриология, составляющих гистологическую компетентность выпускника вуза при дальнейшей специализации в области лабораторной клинической диагностики, требует не только теоретических, но и практических знаний в области гистологической техники. Для этого в методическую разработку темы «Объекты и методы гистологических исследований» целесообразно включить расширенный раздел, знакомящий студентов с различными видами гистологических и гистохимических окрасок. Подобные теоретические знания позволят будущим врачам правильно выстраивать методику исследования для постановки диагноза.