

стойкости патологических изменений в печени. При гистологическом исследовании печени кроликов экспериментальной группы № 1 (с введением МСК) выявлены некоторые позитивные изменения: отмечалось появление участков нормального гистологического строения гепатоцитов с преимущественным расположением их вокруг центральных вен долек. Наблюдалась слабо выраженное истончение фиброзных септ и слабо выраженная лимфоидная инфильтрация. Однако архитектура долек все еще оставалась нарушенной.



**а** **б**  
Рисунок 1 — Фотография брюшной полости кролика через 5 месяцев введения тетрахлолметана (а), макропрепарат печени (б)

### **Выводы**

1. Подкожное введение тетрахлолметана приводит к токсическому поражению печени у кроликов. Процесс развития фиброза печени начинается с 10-й недели эксперимента и завершается формированием цирроза печени с признаками портальной гипертензии к 20-й неделе.
2. На фоне введения аутологичных МСК наблюдалось улучшение гистологической картины в пораженном органе, что указывает на положительное влияние клеточной трансплантации на процессы регенерации в печени.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. The Epidemiology of Cirrhosis in the United States: A Population-based Study / S. Scaglione [et al.] // J Clin Gastroenterol. — 2015. — № 49(8). — P. 690–696.
2. Human adipose tissue is a source of multipotent stem cells / P. A. Zuk [et al.] // Mol Biol Cell. — 2002. — № 13(12). — P. 4279–4295.

УДК 616.145.1-006.6

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ГЛОМУСНОЙ ОПУХОЛИ**

*Осипёнок Д. Ю.*

**Научные руководители: к.м.н., доцент И. Д. Шляга, ассистент М. О. Межейникова**

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

### **Введение**

В структуре опухолей височной кости гломусная опухоль занимает лидирующую позицию среди новообразований среднего уха, представляя 0,00036 % от опухолей всего тела человека и находится на втором месте среди опухолей височной кости после шванномы вестибулокохлеарного нерва [1]. Параганглиома склонна к малигнизации и обладает деструктивным ростом [2].

### **Цель**

Анализ клинического случая гломусной опухоли на уровне луковицы внутренней яремной вены справа.

### **Материал и методы исследования**

В качестве материалов для исследования послужили данные анамнеза, результаты современных методов исследования, выписки из истории болезни.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Из анамнеза: пациентка С., 18 лет, впервые заболела 15.04.2016 г., когда появились жалобы на полную потерю слуха на правое ухо, заложенность уха слева. Заболевание возникло резко на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). Лечилась: антибиотикотерапия, ксилин, отинум. Лечение не дало результатов. 26.04.2016 г. госпитализирована в ЛОР-отделение УЗ «Гомельская областная клиническая больница» (ГОКБ).

ЛОР-статус: Слизистые оболочки полости носа и околоносовых пазух гиперемированы. Нижние носовые раковины увеличены справа и слева. Слизистая оболочка полости рта слегка гиперемирована. Задняя стенка глотки слегка гиперемирована. Барабанная перепонка слева отечна. Шепотная речь: слева — 6 м, справа — 0 м. Разговорная речь: слева — 6 м, справа — 0,5 м.

На момент поступления общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое.

Рентгенография от 02.05.2016 г. заключение: Пристеночно снижена пневматизация верхнечелюстных пазух, воздушных клеток решетчатого лабиринта за счет отека слизистой оболочки.

Сурдолог: 04.05.2016 г. Аудиометрия: шепотная речь: справа — 0 м, слева — 6 м, разговорная речь: справа — 0,5 м, слева — 6 м. Проба Вебера — латерализация влево, РН положительна с обеих сторон, проба Федеричи положительна справа, слева слегка положительна. Заключение: правосторонняя острая сенсо-невральная тугоухость 2-й степени по ВОЗ. Левосторонний тубоотит.

04.05.2016 г. Тимпанограмма: справа — тип А, слева — тип С.

Оптическая риноскопия от 04.05.2016 г. заключение: искривление носовой перегородки влево. Хронический смешанный ринит, обострение. Хронический аденоидит. Аденоиды 3-й степени.

07.05.2016 г. мазок из носа на флору: рост микрофлоры не получен.

По результатам КТ височных костей от 11.05.2016 г. определено: отверстие луковичи внутренней яремной вены увеличено, диаметр 13 мм, форма неправильная, определяется выпячивание неправильной формы по верхней стенке размером до 6,4 × 6,1 × 4,8 мм, костная стенка между луковичей и барабанной полостью истончена до 0,7 мм. Заключение: Дополнительное образование на уровне луковичи внутренней яремной вены справа (параганглиома?).

По результатам МРТ головного мозга от 13.05.2016 г. заключение: легкая вентрикуломегалия боковых желудочков. Гайморит слева? Отит слева? При проведении программы ангиопрограммы — МРТ данных за сосудистую мальформацию не получено. Ход, калибр, наполнение артерий без особенностей. Доминантный поперечный и сигмовидный синус справа.

Диагностическая пункция верхнечелюстной пазухи под местной анестезией 16.05.2016 г. Вымывались гнойные сгустки слева, в пазуху введен диоксидин.

Серия пункций левой верхнечелюстной пазухи 16, 17, 20, 21.05.2016 г. Вымывались гнойные сгустки слева, в пазуху введен диоксидин.

19.05.2016 г. взят мазок на флору из верхнечелюстной пазухи: рост аэробной микрофлоры не получен.

При контрольной пункции левой верхнечелюстной пазухи 21.05.2016 г. промывные воды чистые.

На основании результатов современных методов исследования, анамнестических данных, клинической картины выставлен клинический диагноз: правосторонняя сенсо-невральная тугоухость III–IV степени по ВОЗ. Левосторонний тубоотит. Острый гнойный левосторонний верхнечелюстной синусит. Новообразование луковичи яремной вены. Искривление носовой перегородки влево. Хронический смешанный ринит. Обострение хронического аденоидита. Аденоиды 3-й степени. Хронический тонзиллит компенсированная форма.

При поступлении: шепотная речь: справа — 0 м, слева — 6 м. При выписке: шепотная речь: справа — 0,5 м, слева — 6 м. При поступлении разговорная речь справа ушной ра-

ковины — 0,5 м, при выписке — 1,5 м. При поступлении и при выписке разговорная речь слева — 6 м.

Лечение: кавинтон, парацетам, эмоксипин, витамины В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, кофеин-новокаиновая блокада, бетагистин, дексаметазон, ксилин, винпоцетин, цефепимид, метронидазол, алеркапс, амброксол.

Физиотерапевтическое лечение: сложные ингаляции с фурацилином через нос, гипербарическая оксигенация.

### **Выводы**

Пациентке рекомендовано хирургическое лечение в установленном порядке.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Аникин, И. А.* Гломусная опухоль (параганглиома) уха. Современное состояние проблемы / И. А. Аникин, М. В. Комаров // Российская оториноларингология. — 2010. — № 4. — С. 38–39.
2. *Мустафин, Х. А.* О лечении гломусных опухолей с интракраниальным ростом / Х. А. Мустафин // Нейрохирургия и неврология Казахстана. — 2012. — № 1. — С. 17–20.

УДК 616.72-002.77

## **РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ У ДЕТЕЙ**

*Панфиленко А. В.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Республика Беларусь, г. Гомель**

### **Введение**

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) — хроническое системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного прогрессирующего полиартрита. Воспалительный процесс, характерный для ЮРА, продолжается многие годы и носит характер аутоиммунного воспаления.

Клинические проявления ЮРА весьма разнообразны и зависят от множества факторов: возраста ребенка, наследственности, пола, исходного состояния иммунной системы, своевременной диагностики и т. д. Основными клиническими проявлениями болезни являются поражение суставов.

В последние годы отмечается рост частоты встречаемости артритов у детей. ЮРА характеризуется агрессивным течением и приводит к ранней инвалидизации, а также большому количеству осложнений.

### **Цель**

Выявление особенностей течения ЮРА и его лечения у детей, проживающих на территории Гомельской области.

### **Материал и методы исследования**

В ходе работы было проанализировано 66 медицинских карт детей, которые находились в кардиоревматологическом отделении ГОДКБ в 2016 г., при этом 10 (15,2 %) детей были госпитализированы 2 раза, 3 (4,5 %) ребенка — 3 раза.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Всего в стационаре пролечено 50 детей. Из них 30 (60 %) девочек и 20 (40 %) мальчиков, распределившихся по возрастным группам следующим образом: 5 (10 %) — дети до 5 лет, 16 (32 %) — от 5 до 10 лет, 29 (58 %) детей — старше 10 лет. Длительность госпитализации составила более 14 дней у большинства детей — 38 (57,6 %).

Большинство детей (40 (80 %)) являются жителями городов.

У 42 (84 %) детей диагностирована преимущественно суставная форма, в том числе ЮРА с поражением глаз 3 (7,1 %), суставно-висцеральная была выставлена 8 (16 %) детям.