

2. Babar TF. Risk factors of preseptal and orbital cellulitis / Babar TF, Zaman M, Khan MN, Khan MD. // J Coll Physicians Surg Pak. 2009 Jan;19(1):39–42.
3. Velasco e Cruz AA. Orbital complications of acute rhinosinusitis: a new classification / Velasco e Cruz AA, [Demarco RC](#), [Valera FC](#), [dos Santos AC](#), [Anselmo-Lima WT](#), [Marquezini RM](#). // Braz J Otorhinolaryngol. 2007 Sep-Oct;73(5):684–8.
4. Zimmer A. Inflammatory diseases of the orbit / Zimmer A, Reith W. // Radiologe. 2008 Dec;48(12):1143–9

**ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЕЧЕНИ БОЛЬНОГО С ЦИРРОЗОМ
СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ (НСV, АЛКОГОЛЬ)
В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Новикова Н.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской биологии и общей генетики

Кафедра инфекционных болезней

Научные руководители – к.м.н., профессор Андреев В.П.; д.м.н., профессор Цыркунов В.М.

Гепатит С представляет серьезную проблему общественного здравоохранения, так как является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всём мире, вызывая широкий спектр поражений печени от бессимптомного носительства до терминальной стадии заболевания. Терапия этой болезни связана с большими затратами и относительно низкой частотой благоприятных исходов. Инфицирование вирусом приводит к развитию острого гепатита С. Примерно 15–25% больных выздоравливают спонтанно, у остальных развивается хронический гепатит С. У 25–35% больных хроническим гепатитом в течение 10–40 лет заболевание прогрессирует в фиброз печени и может наступить смерть от цирроза или гепатоцеллюлярной карциномы, которая развивается в 30–40% случаев у больных хроническим гепатитом и циррозом. Высокий уровень заболеваемости (особенно молодёжи), тяжелые исходы, огромные экономические потери для государства обуславливают актуальность изучения различного аспекта вопросов, возникающих в связи с ХГС.

В данном исследовании проводилось изучение первичного биоптата печени больного с циррозом смешанной этиологии (НСV, алкоголь) в стадии декомпенсации (класс С) с портальной гипертензией. Ткань печени фиксировали в 1% растворе OsO₄, заливали в метилметакрилат. Полутонкие срезы (0,5 мкм) окрашивали азур и фуксином и изучали под световым микроскопом. Оценивали степень портального, перипортального, периферического, перисинусоидального и перипортального фиброза и липидную инфильтрацию гепатоцитов. Изучали состояние эндотелия синусоидов, клеток Купфера и клеток ИТО. Анализировали состояние митохондриального аппарата, число, величину и положение ядер и ядрышек в гепатоцитах.

Исследование показало наличие у больного выраженного склероза печёночной ткани за счёт междольковых, портальных и перипортальных очагов фиброза, распространяющегося в паренхиму печёночных долек. Разрастающаяся на периферии дольки фиброзная ткань разделяет паренхиму на отдельные гепатоциты или группы гепатоцитов. В этой зоне наблюдается дистрофия гепатоцитов, выражающаяся «опустошением» цитоплазмы, содержащей немногочисленные митохондрии и гиперхромные ядра с небольшим ядрышком. Митохондрии в дистрофичных гепатоцитах, как правило, округлой формы, что свидетельствует о нарушении их роста и деления. В центре печёночных долек фиброз распространялся перисинусоидально и наблюдался в стенках центральных вен и перивенулярной ткани. Эти изменения в значительной мере связаны с резко выраженной депрессией ретикулоэндотелиальной системы печени (эндотелиоциты и клетки Купфера). Количество клеток Ито в склерозированной печёночной ткани резко снижено (единичные клетки в нескольких полях зрения), что объясняется их фибробластической трансформацией. Многие синусоиды полностью лишены эндотелиальных клеток и клеток Купфера, а в тех синусоидах, где они имеются, их морфология

свидетельствует о резком снижении их функциональной активности. Обращает на себя внимание отсутствие реакции со стороны иммунной системы. Нами не были обнаружены лимфоидные фолликулы и лимфоидные агрегаты в синусоидах, а также не встречались цитотоксические лимфоциты и плазматические клетки. Мелковезикулярная субплазмолеммальная липидная инфильтрация, которая является признаком репликации вируса гепатита С в гепатоцитах, также отсутствовала. Проведенное исследование показало глубокое нарушение соотношения клеточных элементов синусоидов, ведущее к их капилляризации, сопровождающееся нарушением питания гепатоцитов и их дистрофией.

ТУБЕРКУЛЕЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Новикова Е.Н., Шаблина О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Кафедра фтизиатрии

Научные руководители – к.м.н., доцент Егорова Т.Ю.; к.м.н., ассистент Шевчук Д.В.

Актуальность. Генитальный туберкулез вызывается микобактериями туберкулеза и является не самостоятельным заболеванием, а одним из проявлений туберкулезной инфекции организма. Занесение возбудителя в половые органы чаще всего происходит в детском возрасте или в период полового созревания, но клинические признаки туберкулеза появляются в разные периоды жизни, как правило, гораздо позже. Однако в настоящее время нет точных данных о частоте этой патологии, так как у 85% туберкулез гениталий диагностируют спустя 10–15 лет после его возникновения, а у 25% из них диагноз туберкулеза устанавливают на операционном столе. Туберкулезный процесс половых органов протекает медленно, проявляясь скудными симптомами, которые значительно затрудняют правильную и своевременную постановку диагноза.

Цель исследования. Выявление патогномичных симптомов туберкулеза гениталий у женщин, находящихся на обследовании и лечении в ГОТД.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы 32 истории болезни женщин, находящихся на обследовании и лечении в ГОТД с 2005 по 2008 год.

Результаты исследования. Туберкулез половых органов был подтвержден у двух женщин (6%) интраоперационно, у двух женщин (6%) во время лечения туберкулеза легких, у трех женщин (9%) положительным посевом на МБТ.

У остальных женщин туберкулез не был подтвержден лабораторно, но улучшение после проведенной терапии подтверждает наличие у этих женщин туберкулеза.

Туберкулез женских половых органов чаще наблюдался у жителей города – 83% женщин, в возрасте от 22 до 47 лет.

Обращает на себя внимание тот факт, что 28% (9) женщин работают в продовольственной области; 3 женщины работают с детьми, 2 женщины работают медсестрами.

Особенности акушерско-гинекологического анамнеза: позднее наступление менструации у 22 женщин (69%); обильные менструации у 16 женщин (50%), болезненные у 29 (91%), нерегулярные менструации у 25 женщин (25%).

Сопутствующие гинекологические заболевания: киста яичника у 50% женщин, ЭШМ у 25%, гипоплазия матки 12,5%, спаечный процесс в брюшной полости 12,5%, ИППП у 25% женщин.

Жалобы: боли внизу живота у 84,34% (27) женщин, диспареуния у 53%, субфебрилитет неясной этиологии 65,63% (21), бесплодие 50% (16), снижение массы тела за последние 6 месяцев 31% (10), слабость у 100% женщин. Кроме того, также встречается учащенное мочеиспускание, потливость в ночное время.

Продолжительность заболевания: 1 месяц – 12,5% (4), 3 месяца – 12,5% (4) женщин, 1–2 года 18,75% (6) женщин, 3–5 лет 12,5% (4) женщин. Более пяти лет 43,75% (14) женщин.

Ранее получали лечение 93,75% (30) женщин, лечение не получали 6,25% (2) женщин.