

### **Вывод**

Невынашивание и недонашивание статистически значимо чаще осложняет течение беременности у женщин, имеющих в анамнезе ДШМ по сравнению с женщинами без патологии шейки матки ( $p = 0,008$  и  $p = 0,0001$  соответственно).

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Беляковский, В. Н.* Дисплазия и рак шейки матки / В. Н. Беляковский. — Гомель: ГГМУ, 2003.
2. *Василевская, Л. Н.* Предраковые заболевания и начальные формы рака шейки матки / Л. Н. Василевская, М. Л. Винокур, Н. И. Никитина. — М., 1987.
3. *Русакевич, П. С.* Заболевания шейки матки / П. С. Русакевич. — Минск: Выш. шк., 2000.

**УДК 616.833.24/26 – 079.4**

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДОРСОПАТИЙ**

**Семак Т. В., Ворожун К. В.**

**Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Я. Латышева**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Боли в области спины (дорсалгии) занимают 2-е место по частоте обращений к врачам (после острых респираторных заболеваний) и 3-е по частоте как причина госпитализации. Распространенность этого синдрома составляет 60–90 % [3, 4]. Особенностью данной патологии является то, что пик заболеваемости приходится на трудоспособный возраст. Дорсалгии — междисциплинарная проблема, так как они могут наблюдаться при неврологических, ортопедических, ревматологических, соматических и других заболеваниях. По происхождению выделяют вертеброгенную (спондилогенную) дорсалгию, связанную с патологией позвоночника, и невертеброгенную, которая вызвана растяжением связок и мышц, соматическими заболеваниями, психогенными факторами [1].

### **Цель**

Проведение дифференциальной диагностики болевого синдрома в позвоночнике по данным обзора литературных источников.

### **Методы исследования**

Боли в спине бывают как первичными, связанными с дегенеративными изменениями позвоночных структур, так и вторичными, обусловленными патологическими состояниями при различных заболеваниях. Поэтому, главной задачей врача при обследовании пациента с острой болью в спине является необходимость дифференцировать скелетно-мышечные боли от болевых синдромов, связанных с соматической или онкологической патологией [4]. В связи с этим, дифференциальную диагностику дорсопатии необходимо проводить с рядом заболеваний, общим для которых является болевой синдром [2].

Учитывая рост онкологических заболеваний дифференциальная диагностика должна проводиться с поражениями позвоночника и спинного мозга, вызываемыми метастатическими опухолями.

Злокачественные новообразования характеризуются атипичным течением клинических синдромов. Чаще всего, в позвоночник метастазируют злокачественные опухоли молочной, предстательной железы, почки, легкого, реже — поджелудочной железы, печени, желчного пузыря. Неврологические нарушения, обусловленные опухолями, не имеют специфических признаков. При этом боль, связанная с новообразованиями, имеет ряд характерных черт [5]:

- не носит механического характера (не уменьшается в покое, в положении лежа, в ночное время);
- со временем усиливается;
- сопровождается повышением температуры, снижением веса, изменениями в крови и моче;
- в анамнезе больных есть указание на новообразования.

Болевой синдром при приступе стенокардии часто появляется после физической или эмоциональной нагрузки. При этом развивается сжимающая, жгучая боль за грудиной или парастернально, в межлопаточной области, шее, левой лопатке, нижней челюсти. Боль носит приступообразный характер длительностью от 2 до 30 минут. Приступы стенокардии у пациентов отличались в анамнезе. Боль купируется приемом нитроглицерина.

Инфаркт миокарда характеризуется по локализации боли сходной с приступом стенокардии клинической картиной. Однако, боль более интенсивная и длительная (от 1 до 8 часов и более); сопровождается чувством тревоги и страхом смерти. Нитроглицерин, как правило, не помогает. Гемодинамика нестабильная; на ЭКГ отмечаются изменения, соответствующие ишемии миокарда; в крови определяется повышение уровня ферментов.

При перикардите боль за грудиной может быть различной интенсивности, постепенно нарастающая, иногда с иррадиацией в шею, спину, плечи, эпигастральную область. При этом определяется одышка в покое; вынужденное положение тела (сидя с небольшим наклоном вперед), дыхательная экскурсия зачастую болезненна, движения туловища и конечностей свободны, аускультативные данные перикардита; соответствующие ЭКГ-признаки.

Расслаивающая аневризма грудного отдела аорты проявляется очень интенсивной болью за грудиной с иррадиацией вдоль позвоночника, в шею и в левое плечо. Боль развивается внезапно, чаще на фоне повышения артериального давления, после физической или эмоциональной нагрузки. При этом общее состояние тяжелое, сопровождается тошнотой, рвотой, нестабильной гемодинамикой. Возможно отсутствие пульса на лучевых и сонных артериях. Боль снимается только наркотическими анальгетиками.

Спонтанный пневмоторакс, нередко травматического генеза. При этом внезапно развивается острая выраженная боль в грудной клетке с иррадиацией в лопатку, в грудной отдел позвоночника. При осмотре отмечается одышка, акроцианоз, ограничение экскурсии грудной клетки на стороне поражения, объективно определяется тимпанит при перкуссии грудной клетки, отсутствуют дыхательные шумы при аускультации. Заболевание подтверждается рентгенографическими признаками.

Пенетрирующая язва (в поджелудочную железу, сальник и желчную систему) протекает на фоне выраженной постоянной боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, боль тупая в позвоночнике, глубокая, преимущественно, опоясывающего характера в нижнегрудном отделе. Прободение сопровождается тошнотой, рвотой, анорексией, меленой, временами отмечается напряжение паравертебральных мышц в нижнегрудной области и мышцах живота.

Острый панкреатит развивается внезапно на фоне интенсивной постоянной боли в эпигастральной области с иррадиацией в левую нижнюю часть грудной клетки. Временами боль отдает в спину, носит опоясывающий характер, иррадиирует в правое и левое подреберье, лопатку, надплечье, в область сердца. Значительно ухудшается общее состояние. Пациент беспокоен, мечется, стонет, наблюдается повторная рвота. При осмотре отмечается сухой обложенный язык, ослабление перистальтики. Часто отсутствует пульсация брюшной части аорты.

Ретроцекальный аппендицит сопровождается тупой, ноющей постоянной болью в животе справа, часто иррадиирующей в поясничную область, правое бедро, наружные половые органы. При продолжающихся болях ухудшается общее состояние пациента.

Отмечается тошнота, усиление боли при сгибании правого бедра (признак заинтересованности поясничной мышцы) и пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Почечная колика может развиваться на фоне полного благополучия. Отмечаются перемежающиеся приступы режущей боли в поясничной области с иррадиацией в подреберье, живот, по ходу мочеточника и в наружные половые органы. Часто почечная колика провоцируется физическим напряжением и сопровождается учащенными позывами к мочеиспусканию. Пациенты ведут себя беспокойно, мечутся в постели в поисках положения, способного принести облегчение; может отмечаться тошнота, рвота, головокружение. Объективно определяется положительный симптом Пастернацкого, в моче повышено содержание эритроцитов и лейкоцитов.

Тромбоз почечной артерии развивается внезапно на фоне интенсивной нарастающей боли в поясничной области. Боль часто сопровождается внезапным повышением артериального давления (диастолического в большей степени, чем систолического), рвотой, задержкой стула, олигурией. В крови определяются воспалительные изменения.

#### **Выводы**

1. Проблема дорсопатий является одной из актуальных в вертеброневрологии, так как может быть обусловлена рядом неврологических, травматологических, соматических заболеваний.

2. Для определения патогенетической терапии болевого синдрома в позвоночнике необходимо провести дифференциальную диагностику для определения генеза боли.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Богачева, Л. А. Современное амбулаторное лечение боли в спине / Л. А. Богачева // Рос. журн. боли. — 2010. — № 1. — С. 23–29.
2. Вознесенская, Т. Г. Боли в спине: взгляд невролога / Т. Г. Вознесенская // Consilium medicum. — 2006. — Т. 8, № 2. — С. 257–261.
4. Цементит, С. А. Дифференциальная диагностика в неврологии и нейрохирургии / С. А. Цементит; под ред. Е. И. Гусева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — С. 368.
5. Deyo, R. A. Low Back Pain / R. A. Deyo, J. N. Weinstein // New Engl. J. Med. — 2001. — С. 344–370.

**УДК:616.12-008.3-089.843-091**

### **СТРУКТУРА ПРЕДТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ УЗ «ГОРОДСКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОЕ БЮРО»**

**Семанюк А. А., Палий М. Н., Копач П. С.**

**Научный руководитель: к.м.н., ассистент О. А. Юдина**

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»**

**г. Минск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

В последние годы в нашей стране начала развиваться трансплантология, что требует новых подходов к предтрансплантационной диагностике. Трансплантация сердца является методом альтернативного или единственно приемлемого лечения больных с терминальной сердечной недостаточностью. За 2010 г. в Республике Беларусь было произведено 22 ортотопических трансплантаций. В 2009 г. было выполнено 12 аналогичных операций. На март 2011 г. было проведено 4 таких операции. Выживаемость пациентов после трансплантации в течение 1-го года после операции в процентном соотношении не уступает мировым показателям и составляет 80 %. В настоящее время критерии распределения донорских сердец включают приоритетный статус в «листе ожидания», совместимость по системе групп крови АВО, соответствия размеров тела донора и реципиента и расстояние реципиента от донора.