

прорастанием в брыжейку, предстательную железу, ректо-сигму — 4, метастазы в печень — 1, метастазы в большой сальник — 1, кровотечение — 5, распад опухоли — 9.

Послеоперационная летальность — 10 пациентов. Средний срок пребывания больных в стационаре составил от 13 до 15 дней.

#### **Выводы**

1. Возраст больных составил от 61 до 94 лет, причем мужчины чаще заболевают в возрасте от 61–70, а женщины 71–80 лет.

2. При поступлении больных с клиникой частичной кишечной непроходимости целесообразно провести комплекс консервативного лечения с целью подготовки больных к плановому оперативному лечению.

3. В случаях отсутствия эффекта от комплексного лечения — оперативное лечение в экстренном порядке с целью спасения жизни пациента.

4. Основным методом хирургического лечения острой кишечной непроходимости опухолевой этиологии, по результатам нашего исследования, является операция Гартмана в различных ее модификациях.

5. Принадлежность пациента к старшим возрастным группам не уменьшила уровень резектабельности рака ободочной кишки в исследуемой группе.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Абдурахманов, К. Ф.* Особенности клинического течения рака правой половины ободочной кишки / К. Ф. Абдурахманов, Ш. К. Мухамедаминов // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ, Минск, 25–28 мая, 2004 г.: в 2 ч. — Минск: Тонпик, 2004. — Ч. 1. — 424 с.

2. Руководство по карпологии / В. Л. Ривкин [и др.]. — М.: ИД: Медпрактика, 2004. — С. 292–402.

3. *Важенин, А. В.* Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью / А. В. Важенин, Д. О. Маханьков, С. Ю. Сидельников // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2007. — № 4. — С. 49–53.

**УДК 616.344-002-031.84**

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И КЛИНИКИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА**

*Ветрова А. В.*

**Научный руководитель: ассистент И. Ф. Шалыга**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Болезнь Крона (БК) — это хроническое гранулематозное воспалительное заболевание кишечника неизвестной этиологии с вовлечением в патологический процесс всех слоев стенки кишки, характеризующееся прерывистым (сегментарным) типом поражения различных отделов пищеварительного тракта с образованием свищей и абсцессов, стенозированием пораженных участков кишки и многообразными кишечными и внекишечными проявлениями и осложнениями [1]. Данное состояние впервые было описано Кроном, Гинзбургом и Оппенгеймом в 1932 г., но лишь в 1959 г. стали клинически, гистологически и радиологически отличать его от язвенного колита [2].

Основными маркерами болезни Крона являются фокальное воспаление и гранулема, состоящая из эпителиоидных клеток и клеток иммунной системы вокруг очага некроза. Ближе к центру располагаются клетки Лангханса, окруженных фиброзным ободком и поясом из лимфоцитов и плазмочитов [3].

Морфологическое исследование выступает в роли «золотого стандарта» диагностики БК, хотя однозначно поставить диагноз при гистологическом исследовании биоптатов далеко не всегда возможно.

Клинические проявления БК очень разнообразны, поэтому для интегративной оценки активности заболевания используют не только качественный, но и количественный анализ отдельных клинических симптомов. Для большей объективизации оценки анализируют выраженность некоторых лабораторных данных. При таком подходе активность заболевания в конкретный момент времени может быть отражена в балльной шкале. Лучшим способом постановки и мониторинга тяжести и активности заболевания является индекс активности БК (CDAI, индекс Беста) [4, 5].

В связи с вышесказанным можно заключить, что имеется необходимость выявления взаимосвязи активности БК (согласно индексу Беста) и патанатомической картины заболевания.

### **Цель**

Провести анализ историй болезней пациентов, лечившихся по поводу БК, выявить взаимосвязь активности данной патологии и патанатомической картины заболевания.

### **Материал и методы исследования**

Для исследования использовались 30 историй болезней пациентов с установленным клиническим диагнозом «болезнь Крона», указанной степенью активности по Бесту. Индекс Беста — это совокупность субъективных и объективных жалоб пациента. Используя установленные физиологические критерии, вычисляется сумма баллов: при сумме баллов менее 150 заболевание расценивают как неактивное (в стадии ремиссии), от 150 до 220 баллов — легкое течение, 220–450 — умеренная активность, свыше 450 — высокая активность [5, 2]. Результаты исследований обработаны при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Office Excel 2013».

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

В исследуемой группе были выявлены случаи неактивного течения патологии, а также пациенты с легкой, средней и тяжелой степенями тяжести БК.

Был выявлен один случай ( $3,3 \pm 3\%$ ) неактивного течения заболевания, при этом по данным патанатомического исследования в биоптате нельзя исключить БК.

Легкая степень тяжести заболевания встречается у 17 ( $56,7 \pm 9\%$ ) пациентов, из которых у 1 ( $3,3 \pm 3\%$ ), согласно заключению, диагностирована исследуемая патология. У оставшихся из этой группы ( $53,4 \pm 9,1\%$ ) достоверной информации о наличии гранулематозного энтерита с наличием зрелых эпителиоидно-клеточных гранул в пределах препарата не имеется.

8 ( $26,7 \pm 8,1\%$ ) исследуемых относятся к средней степени тяжести. Из этой группы 7 ( $23,4 \pm 7,7\%$ ) не обладают в пределах препарата микроскопической картиной, свидетельствующей о наличии изучаемой патологии, и, в свою очередь, единственный случай ( $3,3 \pm 3\%$ ) имеет морфологическую картину, соответствующую БК.

Клинику течения заболевания тяжелой степени тяжести имеют 4 ( $13,3 \pm 6,2\%$ ) пациентов. При патанатомическом исследовании выявлен один случай БК ( $3,3 \pm 3\%$ ), имеющий достоверные морфологические критерии для постановки диагноза регионарного энтерита, у остальных пациентов доподлинных гистологических изменений не обнаружено ( $10 \pm 8,6\%$ ).

### **Выводы**

Резюмируя вышеизложенное, было достоверно установлено, что в большинстве случаев из всего объема исследованного материала картина морфологических изменений при БК не соответствует имеющейся клинической симптоматике, а именно индексу Беста.

Таким образом, было установлено, что имеет место индуцированный (терапевтический) патоморфоз заболевания, то есть клинико-морфологические изменения болезни, вызванные терапевтическим воздействием [6], в исследуемых случаях — лекарственным: выявленные морфологические изменения в органах желудочно-кишечного тракта при данном заболевании являются непосредственно вытекающими из своевременной правильной патогенетической терапии исследуемой патологии.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Циммерман, Я. С. Язвенный колит и болезнь Крона: современные представления. Часть 1. Дефиниция, терминология, распространенность, этиология и патогенез, клиника, осложнения, классификация / Я. С. Циммерман, И. Я. Циммерман, Ю. И. Третьякова // Клиническая медицина. — 2013. — № 11. — С. 27–32.

2. *Rendi, M.* Medscape [Electronic resource] / M. Rendi, P. Swanson, M. Upton // Crohn Disease Pathology. — 2017. — Date of access: 24.12.2017.
3. *Белоусова, Е. А.* Европейский консенсус по лечению болезни Крона: перевод и комментарий / Е. А. Белоусова // РМЖ. — 2012. — № 15. — С. 741–747.
4. Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — С. 163–164.
5. *Head, K.* Inflammatory Bowel Disease Part II: Crohn's Disease — Pathophysiology and Conventional and Alternative Treatment Options / K. Head, J. Jurenka // Alternative Medicine Review. — 2004. — Vol. 9, № 4. — P. 361–401.
6. Патология: руководство / под ред. М. А. Пальцева, В. С. Паукова, Э. Г. Улумбекова. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.

**УДК 618.4:618.346-008.811.4**

## **АНАМНЕЗ, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МАЛОВОДИЕМ**

*Ветрова А. В.*

**Научный руководитель: к.м.н., ассистент кафедры М. С. Недосейкина**

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

### ***Введение***

Одним из недостаточно изученных разделов в акушерстве является патология околоплодной среды, в частности маловодие — уменьшение количества околоплодных вод во второй половине беременности менее 100 мл [1]. Олигогидрамнион встречается при выраженных пороках развития почек и кишечника плода, выраженной плацентарной недостаточности с задержкой роста плода, идиопатическим маловодием [2].

### ***Цель***

Выявить особенности анамнеза, течения беременности и родов при маловодии.

### ***Материал и методы исследования***

Выполнен ретроспективный анализ 60 историй родов ГУЗ «ГТКБ № 2» за 2015 г. Исследовались 2 группы женщин: основная — 30 женщин с беременностью, осложненной маловодием, и их новорожденные; контрольная — 30 женщин с физиологическим течением беременности и их дети. Критерий включения в основную группу — индекс амниотической жидкости менее 50 мм. Критерием для группы сравнения — отсутствие патологии околоплодных вод. В группах изучали возраст, акушерско-гинекологический анамнез (паритет беременности и родов), течение настоящей беременности и родов, а также физическое развитие новорожденных в раннем неонатальном периоде.

Для статистического анализа данных использовалась программа «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Описание количественных признаков, имеющих нормальное распределение, производилось при помощи среднего арифметического и стандартного отклонения ( $M \pm SD$ ), для их сравнения использовали критерий Стьюдента (Т). Качественные признаки описывали с помощью доли и ошибки доли ( $p \pm sp\%$ ). Частота встречаемости качественных признаков оценивалась при помощи критерия  $\chi^2$  и точного критерия Фишера (ТКФ). Результаты считали значимыми при  $p < 0,05$ .

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

Возраст обследуемых находился в диапазоне от 20 до 38 лет. Средний возраст основной группы —  $26,8 \pm 3,2$  лет, в контрольной группе —  $27,8 \pm 4,7$  лет ( $T = 0,6$ ,  $p = 0,5$ ). У большей части женщин основной группы беременность (16; 53,3 %) и роды (18; 60 %) были первыми против пациенток с первой беременностью и родами в контрольной группе — 7 ( $23,3 \pm 7,7\%$ ;  $\chi^2 = 5,7$ ;  $p = 0,02$ ) и 8 ( $26,7 \pm 8,1\%$ ;  $\chi^2 = 6,8$ ;  $p = 0,01$ ) соответственно.

По течению беременности различий между группами выявлено не было, результаты представлены в таблице 1. TORCH-инфекции, бактериальный вагиноз у беременных обеих групп не диагностированы. В основной группе 3 ( $10 \pm 5,5\%$ ) беременным проведена антибактериальная терапия в связи с маловодием.