

на от 6,4 до 8,1 см, медианное значение 7,25 (6,4; 8,1) см, трикуспидального от 13,5 до 14 см, медиана равна 13,75 (13,5; 14) см. При ревматическом поражении аортального клапана с преобладанием его стеноза длина окружности фиброзного кольца составила от 4,5 до 6,5 см, медианное значение 5,5 (4,5; 6,5) см. При сочетанном пороке митрального сердечного клапана длина окружности фиброзного кольца находится в пределах от 7,5 до 8,5 см, медианное значение 8 (7,5; 8,5) см, аортального сердечного клапана от 6,5 до 7,5 см, медиана составила 7 (6,5; 7,5) см.

По данным исследованных протоколов у пациентов без выполненной пластики и протезирования пораженных клапанов сердца в 33,3 % случаях выявлен кальциноз створок клапанов с сужением просвета фиброзного кольца, в 41,7 % случаях обнаружен фиброз створок клапанов сердца с расширением их просвета.

Помимо оценки состояния сердечных клапанов, был произведен анализ толщины стенок и объема камер сердца. В 33,3 % случаях была выявлена концентрическая гипертрофия миокарда, в 66,7 % случаях эксцентрическая гипертрофия миокарда.

При исследовании камер сердца были выявлены следующие изменения их объема: расширение полостей желудочков — в 50 % случаях, расширение полости только правого желудочка — в 16,7 % случаях, расширение полостей только правой половины сердца — 8,3 % случаях, сужение полостей желудочков — 8,3 %, сужение полости только левого желудочка — 8,3 %, полости желудочков не изменены — 8,3 %. При патоморфологической оценке толщины стенок желудочков сердца выявлено: толщина стенки левого желудочка составила от 1,4 до 2,8 см, медианное значение 2,1 (1,4; 2,8) см, толщина стенки правого желудочка — от 0,2 до 1,0 см, медиана составила 0,6 (0,2; 1,0) см.

#### **Выводы**

Проведенный анализ данных показал, что значимых различий в возрастных группах не имеется. Статистически преобладает комбинированный митрально-аортальный порок сердца. ХРБС в равных процентных соотношениях приводит к развитию недостаточности или стеноза клапанов сердца (41,7 %), при этом сочетанный порок сердца встречается только в 25 % случаев. По данным вскрытий, чаще обнаруживаются фибротические изменения в клапанах сердца и гипертрофия миокарда эксцентрического типа.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Современные тенденции в вопросах профилактики, диагностики и лечения ревматической лихорадки и ревматической болезни сердца / Е. А. Якименко [и др.] // Медицинские новости Грузии. — 2019. — № 12. — С. 88–94.
2. Курбонова, Ф. У. Острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца: современное состояние вопроса / Ф. У. Курбонова, С. М. Шукурова, З. Н. Зиёев // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. — 2018. — Т. 8, № 2. — С. 278–285.
3. Rheumatic heart disease: infectious disease origin, chronic care approach [Electronic resource] / Judith M. Katzenellenbogen [et al.] // BMC Health Services Research. — 2017. — Mode of access: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2747-5>. — Date of access: 20.03.2021.

**УДК 616.34-002-036.12-071-018.1-053.2**

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НА ОСНОВАНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ**

**Листопад Д. И., Губский Е. В.**

**Научный руководитель: старший преподаватель С. Ю. Турченко**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК) — это аутоиммунные заболевания, которые характеризуются хроническим прогрессиру-

ющим воспалительно-деструктивным поражением желудочно-кишечного тракта. К ним относятся болезнь Крона (БК) и неспецифический язвенный колит (НЯК). На сегодняшний день эти заболевания являются наиболее актуальными проблемами в детской гастроэнтерологии. Повсеместно отмечается рост заболеваемости ХВЗК у детей [1, 2].

#### **Цель**

Сравнить результаты эндоскопического и гистологического исследования при ХВЗК, провести анализ данных литературных источников по изучаемой проблеме. Обобщить полученные данные.

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

Изучены результаты эндоскопических и гистологических исследований 45 пациентов с ХВЗК. Проведена оценка результатов исследований. Проанализированы литературные источники.

Статистическая обработка результатов исследования проводили с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft (USA) Statistica» 10.0. Так как распределение изучаемых количественных показателей отличалось от нормального (критерии Шапиро — Уилка), анализ различий в двух независимых группах проводили с использованием критерия Манна — Уитни (U, Z). Данные описательной статистики приведены в виде медианы и квартилей — Me (Q<sub>2</sub> (25 %), Q<sub>3</sub> (75 %)). Результаты считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

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

##### *Эпидемиология ХВЗК в детском возрасте*

Большинство случаев детских ХВЗК приходится на тяжелые формы. Стоит отметить, что стремительный рост детской заболеваемости связан не только с совершенствованием диагностики данной патологии, но и с факторами окружающей среды.

Данные по эпидемиологии ХВЗК у детей в РБ отсутствуют. По приблизительным оценкам, в настоящее время распространенность ХВЗК у детей составляет 2,2–6,8 случаев на 100 тыс. детского населения. В последние годы отмечается тенденция роста числа больных БК по сравнению с ЯК. Несмотря на более низкий уровень заболеваемости ХВЗК у детей по сравнению со взрослыми, рост больных ЯК и БК среди детского населения продолжается в течение последних 30–40 лет. 20–30 % случаев ХВЗК берут свое начало в возрасте до 18 лет, при этом отмечается тенденция к росту заболевания в более раннем возрасте.

Согласно эпидемиологическому распределению, в педиатрической практике до 60 % ВЗК приходится на болезнь Крона [3, 4, 5].

##### *Клиническая картина ХВЗК*

При обеих формах ХВЗК наблюдаются типичные для них триады. Основные клиническими проявлениями НЯК: примесь крови в стуле, боль в животе, нарушение функции кишечника, при БК — боли в животе, диарея, потеря массы тела [6].

Дифференциальная диагностика: НЯК и БК представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Дифференциальная диагностика НЯК от БК

Показатели	Язвенный колит	Болезнь Крона
Эндоскопические признаки		
Поверхность слизистой	Зернистая	Гладкая
Микроабсцессы	Есть	Нет
Язвенные дефекты	Неправильной формы, без четких границ, поверхностные, с обширным поражением	Афтоподобные изъязвления с венчиком гиперемии или трещиноподобные продольные дефекты
Контактная кровоточивость	Есть	Нет
Псевдополипоз	При тяжелых обострениях	Нехарактерен

Зачастую диагностика ХВЗК вызывает значительные трудности. В результате чего между появлением первых симптомов и постановкой окончательного диагноза проходит значительно количество времени, что осложняет дальнейшее течение заболевания и подбор рациональной терапии. Возникает необходимость проведения тщательной дифференциальной диагностики между БК и ЯК.

#### *Диагностика ХВЗК*

Ректоромано- и колоноскопии (основной метод исследования при диагностике ХВЗК, т. к. позволяет определить заболевания еще на ранних стадиях, когда клинические проявления еще выражены слабо), рентгенографии толстой кишки (язвы различной величины и формы (при БК — «бульжная мостовая»), короткие щелевидные синусы, свидетельствующие о наличии слепых свищей, стриктуры) [6].

Определение ASCA (антител к *Saccharomyces cerevisiae*), для диагностически сложных случаев, помогает подтвердить и может служить дополнительным серологическим маркером в диагностике болезни Крона [7].

По результатам эндоскопического исследования у пациентов была выявлена характерная морфологическая картина БК и НЯК. Для уточнения диагноза была проведена биопсия мягких тканей. Было выявлено что: у одного из пациентов гистологическое исследование показало уплощение слизистой оболочки, базальный плазмоцитоз как микроскопически, так и макроскопически выявлена эрозия, что характеризует хронический диффузный высокоактивный колит с эрозированием в 9 (20 %) исследованиях. Данная картина соответствует НЯК.

У другого пациента с подозрением на НЯК была другая картина: интраэпителиальная инфильтрация нейтрофилами, в очаге воспаления отсутствуют бокаловидные клетки и наблюдается нарушение строения крипт и небольшое количество эрозий в 7 (15,5 %) исследованиях. При НЯК, у обследованных пациентов в некоторых случаях в слизистых оболочках обнаруживались на дне язв грунелемаподобные образования, состоящие из нейтрофилов и макрофагов у 3 (6,6 %) пациентов. Так же были случаи выявления в собственной пластинке слабовыраженной лимфофоликулярной гиперплазии и слабовыраженной атрофии в виде уплощение ворсин у 3 (6,6 %) пациентов. Во время исследования гистологических результатов было выявлено микроабсцедирование с нейтрофилами в эпителии крипт и их эрозирование и крипт-абсцессы в 5 (11,1 %) исследованиях. Одним из обнаруженных вариантов был ЯК с нарушением гистоархитектоники и образование псевдоворсинок с формированием крипт-абсцессов у 1 (2,2 %) пациента.

По результатам одного из гистологических исследований была выявлена спорная картина: с одной стороны, в слизистой сформировались два первичных лимфоидных фолликула и наблюдается инфильтрация гистиоцитов нейтрофилами, что и напоминает формирующую гранулему, которая специфична для болезни Крона. С другой стороны, наблюдается расширение крипт, гетерогенность и искривление отдельных крипт, диффузно лимфоцитонейтрофильная инфильтрация с примесью эозинофилов в собственной пластинке слизистой, что соответствует хроническому диффузному слабоактивному колиту у 1 (2,2 %) пациента.

У одного пациента, который проходит лечение гистология показала гетерогенность крипт за счет сильного инфильтрата, обнаружен лимфоидный фолликул без реактивного центра, данный вариант может быть нормой, такая картина может соответствовать БК и НЯК на фоне лечения. У другого пациента только с ярко выраженной лимфогистиоцитарной инфильтрацией с единичными нейтрофилами (может быть нормой) и в слизистой оболочке единичные лимфоидные фолликулы без реактивного центра, БК не исключается и надо сочетать с клиническими данными в 5 (11,1 %) случаях. У группы обследованных пациентов была типичная картина БК: активный иелит с уплощением ворсинок, лимфоидные фолликулы с реактивными центрами и наличие в слизистой единичной гигантской многоядер-

ной клетки без гранулёмы соответствует вышеупомянутой болезни Крона в 10 (22,2 %) исследованиях.

### **Выводы**

Учитывая проанализированные литературные источники и имеющиеся на сегодняшний день данные касательно хронического воспалительного заболевания кишечника у детей, следует сделать вывод, что тема является актуальной и требует углубленного изучения в направлении поиска биомаркеров ранней неинвазивной диагностики ХВЗК и методов их эффективной персонифицированной терапии. На основании проведенных гистологических исследований, можно сделать заключение о том, что: большинство результатов имело типичную картину НЯК и БК и лишь несколько случаев имело схожую картину обоих заболеваний.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. East-West gradient in the incidence of inflammatory bowel disease in Europe: the ECCO-EpiCom inception cohort / J. Burisch [et al.] // Gut. — 2014. — Vol. 63(4). — P. 588–597.
2. Increasing incidence of paediatric inflammatory bowel disease in Ontario, Canada: evidence from health administrative data / E. I. Benchimol [et al.] // Gut. — 2009. — Vol. 58. — P. 1490–1497.
3. Burisch, J. The epidemiology of inflammatory bowel disease / J. Burisch, P. Munkholm // Scand J Gastroenterol. — 2015. — Vol. 50(8). — P. 942–951. — doi:10.3109/00365521.2015.1014407.
4. Загорский, С. Э. Хронические воспалительные заболевания кишечника у детей и подростков (современный подход к диагностике, лечению и реабилитации): учеб.-метод. пособие / С. Э. Загорский, Л. М. Беляева. — Минск: БелМАПО, 2007. — 29 с.
5. Гордеева Анемия при воспалительных заболеваниях кишечника у детей / А. О. Анушенко [и др.] // Вопросы современной педиатрии. — 2016. — № 15(2). — P. 128–140.
6. Сукало, А. В. Гастроэнтерология и диетология в детском возрасте: руководство для врачей / А. В. Сукало, А. А. Козловский // Национальная академия наук Беларуси, Отделение медицинских наук. — Минск: Белорусская наука, 2019. — 426 с.
7. Давыдова, О. В. Современные методы диагностики язвенного колита и болезни Крона / О. В. Давыдова // [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://mkdc-minsk.by/ru/poleznaya-informatsiya-dlya-patsientov/stati/397-diagnostika-kolita-i-bolezni-krona.html>. — Дата доступа: 15.12.2020.

**УДК 618.11-006.2-089-036.21-018.1**

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ ПО ДАННЫМ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА**

**Олесеюк А. А., Рыжевич Е. В.**

**Научный руководитель: к.м.н., ассистент Г. В. Тищенко**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

В условиях настоящей сложившейся демографической ситуации сохранение репродуктивного здоровья женщины является одной из первоочередных задач системы здравоохранения.

Опухоли яичников относятся к одному из наиболее сложных разделов современной онкоморфологии. Необычайная мозаичность микроскопической структуры новообразований женской гонады, многообразие их сочетаний, нечеткие границы между опухолями разной степени зрелости, обилие метастатических поражений — все это существенно усложняет диагностический процесс и создает препятствия для рационального планирования лечения больных [1].

Ежегодно в мире регистрируется более 225 тыс. новых случаев рака яичников, более 140 тыс. женщин умирают от этого заболевания. Важное место в диагностике рака яичников занимает онкологическая настороженность врачей различных специальностей [2].