

# **ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОМ КОЛИТЕ**

**Подготовили: Дорошевич Кристина Николаевна, 5 курс,  
Гертман Виктория Дмитриевна, 5 курс**

**Научные руководители: к.б.н., доцент Дегтярева Е.И., доцент  
кафедры Тищенко Г.В.**

**Гомель, 2021**



# Актуальность проведенного исследования

В проведенном нами исследовании были установлены особенности патологоанатомической картины псевдомембранозного колита по заключениям эндоскопического исследования и данным секционного материала. Можно выделить основные группы патоморфологических изменений: тотальное поражение толстого кишечника, сегментарное поражение толстого кишечника (прямая и сигмовидная кишка), сегментарное поражение толстого кишечника (от восходящей ободочной кишки до прямой). Также при макроскопическом исследовании наблюдается утолщение, отек и гиперемия слизистой оболочки толстой кишки с множественными бляшковидными утолщениями серо-зеленого цвета. При гистологическом исследовании наблюдается диффузная нейтрофильная инфильтрация, разрушение крипт, десквамация эпителия и некрозы поверхностных отделов слизистой оболочки толстой кишки.



# Цель исследования

Изучить особенности макро- и микроскопического строения толстого кишечника по данным эндоскопического исследования и секционного материала, а также степень активности и генерализации воспалительного процесса по данным инструментальных и лабораторных методов исследования в зависимости от половой принадлежности пациентов.

# Задачи исследования

Провести анализ 16 стационарных карт пациентов с ПМК, госпитализированных в УЗ “Гомельская областная клиническая больница” и УЗ “Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи”, а также протоколов патологоанатомических вскрытий ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро».

Выделить основные группы патоморфологических изменений.

Установить макроскопические и микроскопические особенности строения толстого кишечника при псевдомембранозном колите по данным эндоскопического исследования и секционного материала.

Оценить степень активности и генерализации воспалительного процесса при ПМК в зависимости от половой принадлежности обследуемых с помощью лабораторных методов исследования.



# Результаты исследования

## Тотальное поражение толстого кишечника


- слизистая всех отделов толстого кишечника на всём протяжении отёчна, гиперемирована с множественными бляшковидными наложениями 4-8мм серо-бурого цвета, сливающимися и покрывающими всю поверхность слизистой, с геморрагическим пропитыванием, множественными эрозиями под фибрином в виде снежных шапок, внутрислизистыми кровоизлияниями. Гаустры сглажены. Сосудистый рисунок не просматривается (7 человек)

## Сегментарное поражение толстого кишечника (прямая и сигмовидная кишка)

- слизистая прямой и сигмовидной кишки отёчная, очагово гиперемирована, в осмотренных отделах отмечаются множественные белесоватые участки некроза слизистой от точечных до 2-3мм. Сосудистый рисунок размыт (3 человека)

## Сегментарное поражение толстого кишечника (от восходящей ободочной кишки до прямой)

- слизистая на протяжении от восходящей ободочной кишки до прямой эластичная, отёчная, очагово гиперемирована, сосудистый рисунок не прослеживается (6 человек).



*Основные группы патоморфологических изменений ,  
установленные по данным эндоскопического исследования*



# Особенности микроскопического исследования толстой кишки при ПМК

Первый пациент: мужчина, 85 лет. Госпитализирован в хирургическое отделение ГОКБ с диагнозом: ПМК, тотальная гангрена тонкого и толстого кишечника, перитонит, токсическая фаза.

Микроскопическое исследование толстой кишки: диффузная выраженная нейтрофильная инфильтрация, некрозы поверхностных отделов слизистой оболочки толстой кишки, с расширением и разрушением крипт, десквамацией эпителия и «вулканообразными» наложениями фибрина с примесью нейтрофилов на поверхности слизистой оболочки (рис. 1).

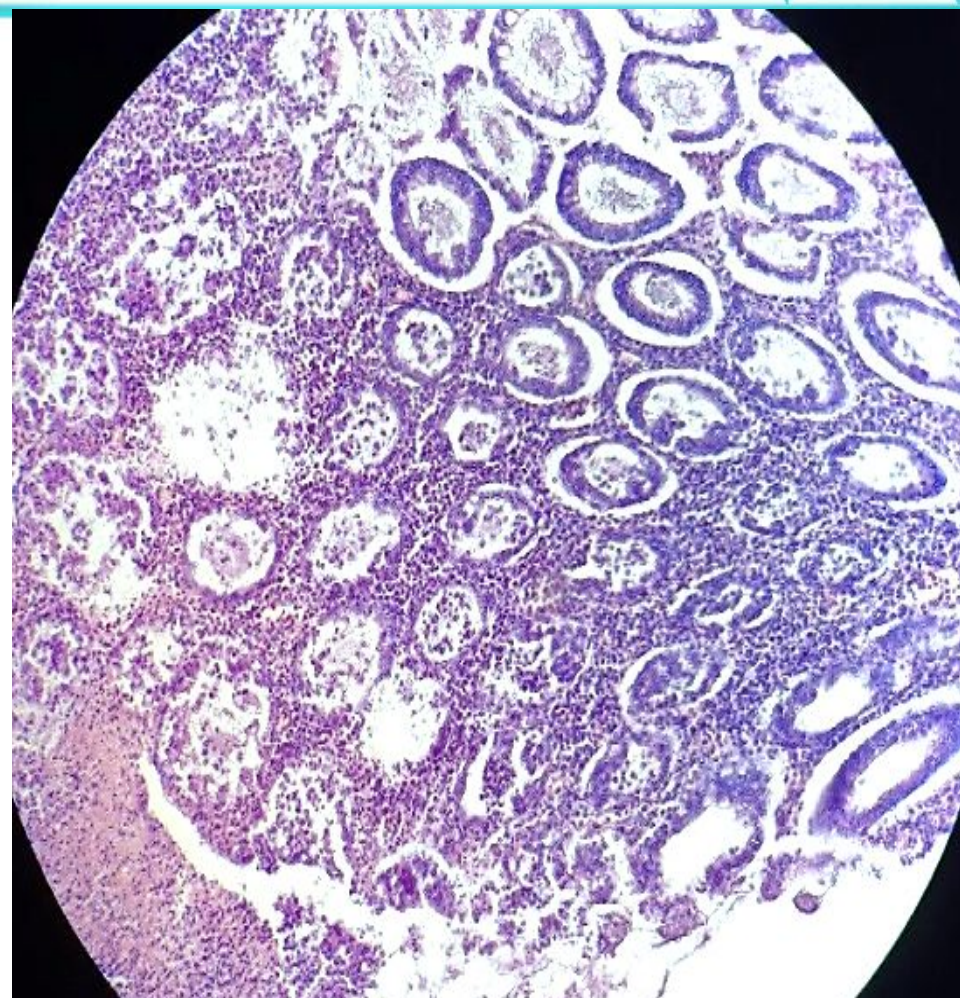
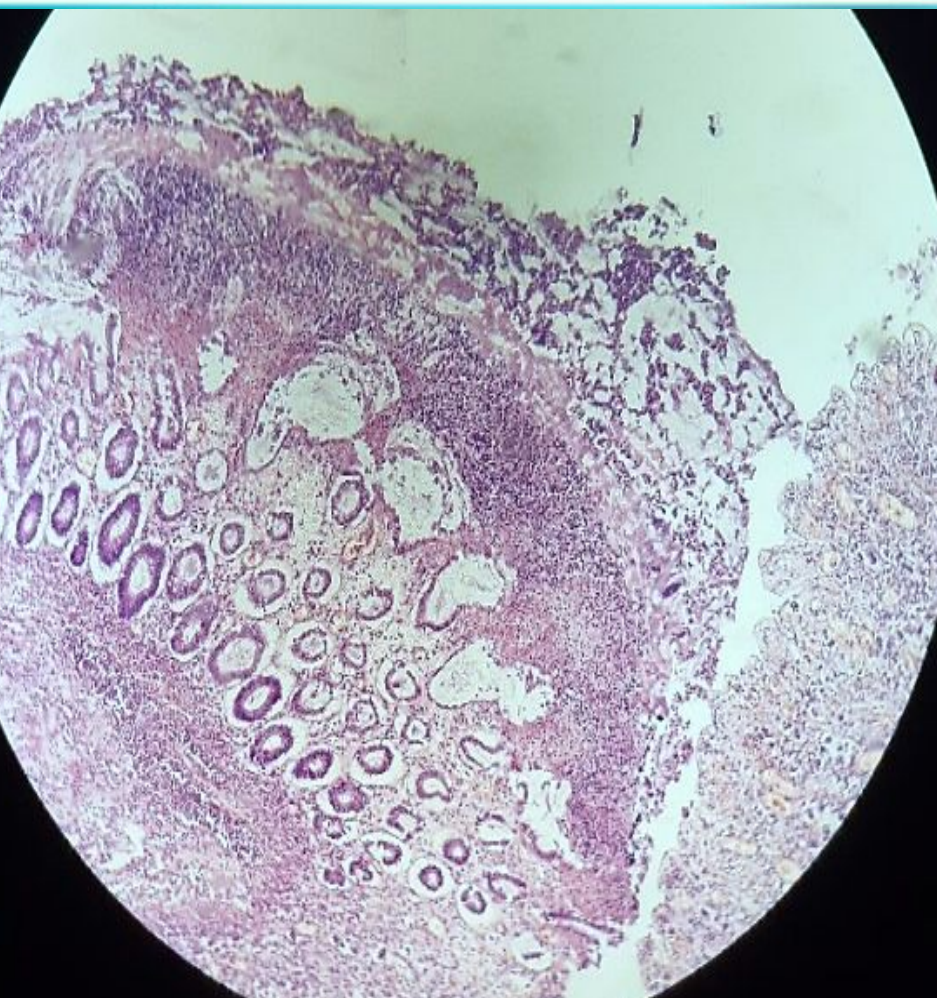


Рис. 1 – гистологический препарат, мужчина, 85 лет



**Второй пациент: мужчина, 65 лет. Госпитализирован в ГОКБ с диагнозом: ПМК, осложнённый распространённым фибринозно-гнойным перитонитом в реактивной фазе.**

**Микроскопическое исследование: диффузная выраженная нейтрофильная инфильтрация, некрозы поверхностных отделов слизистой оболочки толстой кишки, с расширением и разрушением крипт, десквамацией эпителия и «вулканообразными» наложениями фибрина с примесью нейтрофилов на поверхности слизистой оболочки (рис. 2).**



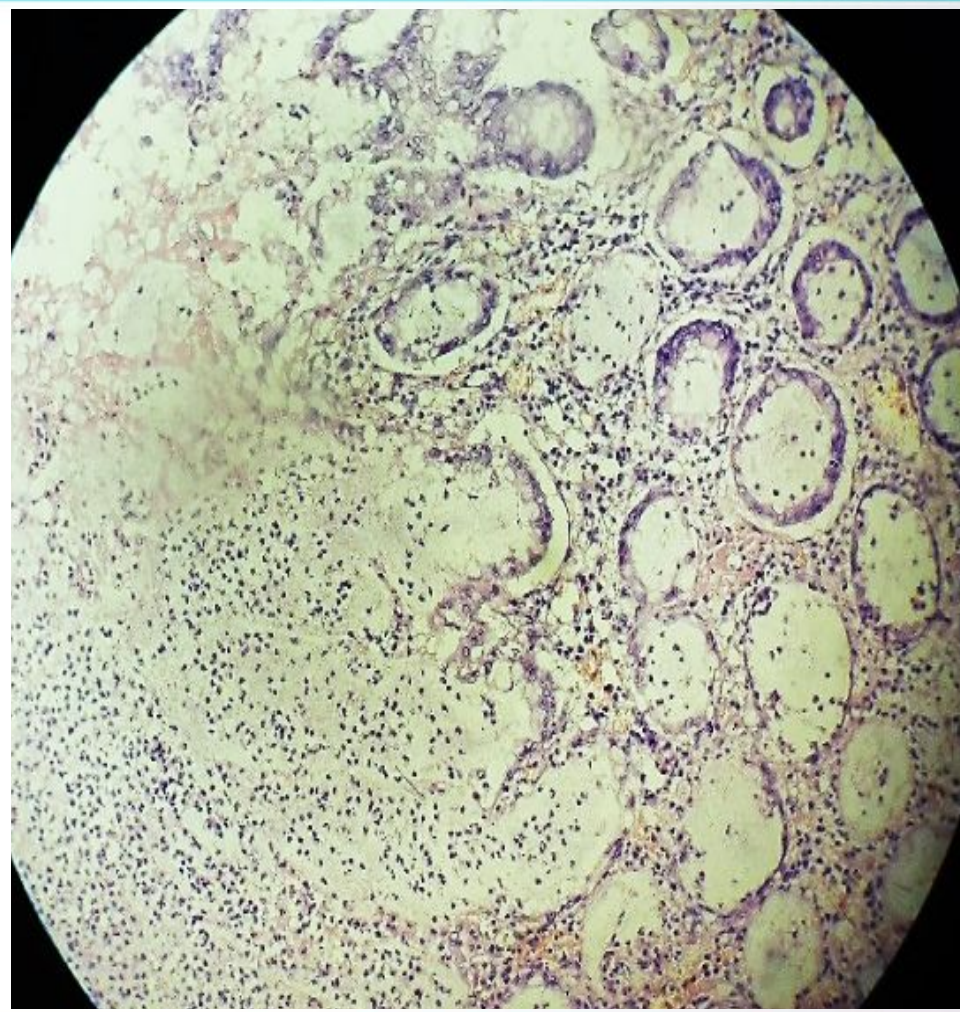
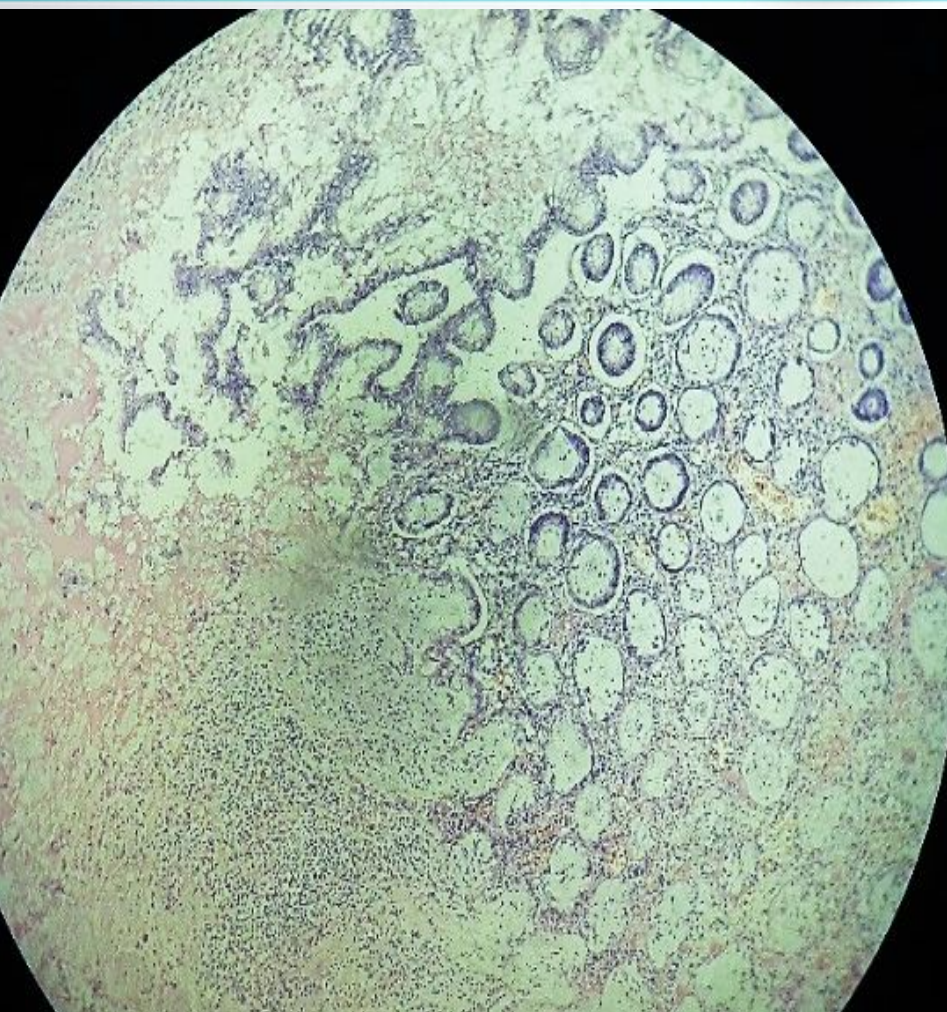


Рис. 2 – гистологический препарат, мужчина, 65 лет [presentation-creation.ru](http://presentation-creation.ru)



Третий и четвёртый пациент: женщина, 69 лет и женщина, 77 лет со схожей микроскопической картиной. Женщина 69 лет была госпитализирована в ГОКБ с диагнозом: ПМК с поражением сигмовидной, нисходящей и поперечноободочной кишки. Женщина 77 лет была госпитализирована в ГОКБ с диагнозом ПМК.

Микроскопическое исследование: диффузная нейтрофильная инфильтрация собственной пластинки толстой кишки, некрозы поверхностных отделов слизистой оболочки толстой кишки, с разрушением крипт и «вулканообразными» наложениями фибрина с примесью нейтрофилов на поверхности слизистой оболочки (рис. 3).

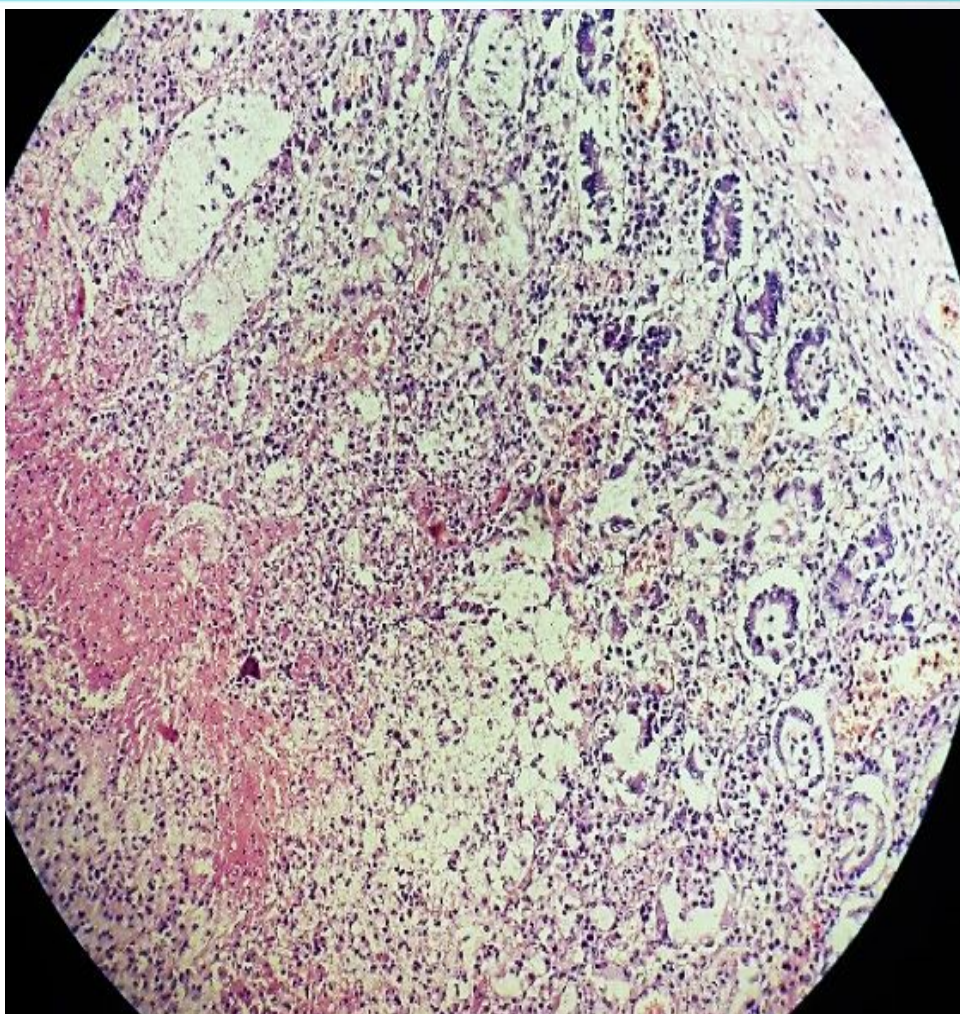
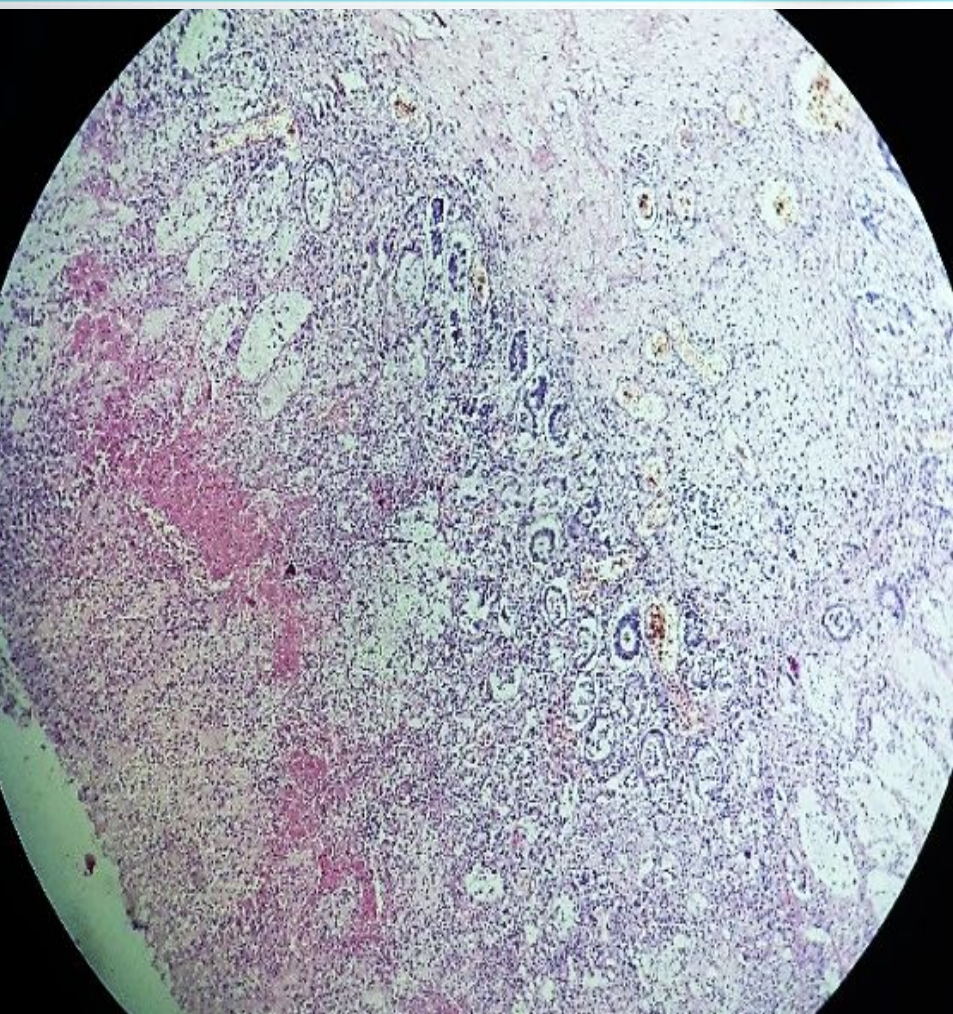


Рис. 3 – гистологический препарат, женщина, 69 лет и женщина, 77 лет

# Степень активности и генерализации воспалительного процесса при ПМК в зависимости от половой принадлежности обследуемых

Активность воспалительного процесса можно оценить по таким лабораторным данным, как лейкоциты, палочко- и сегментоядерные нейтрофилы, и лимфоциты. По данным таблицы 1 статистическую значимость ( $p < 0,05$ ) имели следующие показатели: лейкоциты ( $p = 0,03$ ;  $Z = -0,12$ ), палочко- и сегментоядерные нейтрофилы ( $p = 0,02$ ;  $Z = -1,32$ ;  $p = 0,04$ ;  $Z = 0,73$  соответственно). Данные результаты подтверждают наличие у обследованных пациентов бактериальной инфекции; показатель количества лимфоцитов, указывающий на вирусную инфекцию, статистической значимости не имел ( $p = 0,9$ ;  $Z = -0,12$ ).

Параметры	1 группа			2 группа			Показатель значимости (p; Z; t)
	Минимальное значение (min)	Максимальное значение (max)	Среднее значение (mean)	Минимальное значение (min)	Максимальное значение (max)	Среднее значение (mean)	
Лейкоциты	6	14,5	11,5	7,87	19,2	12,5	P=0,03; Z=-0,12
Нейтрофилы палочкоядерные	1	14	7,75	6	52	21	P=0,02; t=-1,32
Нейтрофилы сегментоядерные	63	94	74,3	19	90	57,6	P=0,04; Z=0,73
Лимфоциты	2	30	12,75	2	19	11,6	P=0,9; Z=-0,12
Мочевина	3,3	3,9	3,53	2,5	12,6	6,9	P=0,15; t=-1,63
Креатинин	73,5	105	90,13	69	120	87,8	P=0,84; t=0,2
Билирубин общий	3,1	8,7	6,58	7,6	27	17,4	P=0,05; t=-2,29
АлАТ	22	47	33,75	9	83	44	P=0,01; Z=0,05
АсАТ	22	29	25,75	19	75	44,2	P=0,01; Z=-1,35

Таблица 1 – Лабораторные показатели активности и генерализации процесса, рассчитанные с помощью “Statistica” 13.5 среди пациентов женского пола.

По данным таблицы 2 статистическую значимость ( $p < 0,05$ ) имели следующие показатели: палочко- и сегментоядерные нейтрофилы ( $p=0,01$ ;  $Z=0,05$ ;  $p=0,05$ ;  $Z=-0,18$  соответственно). Показатель количества лимфоцитов, указывающий на вирусную инфекцию, статистической значимости не имел ( $p=0,87$ ;  $Z=0,18$ ).

О степени генерализации воспалительного процесса и степени поражения печени и почек можно судить по результатам исследования АлАТ, АсАТ, общего билирубина, креатинина и мочевины. Статистическую значимость ( $p < 0,05$ ) имели следующие показатели: исходя из таблицы 1 – АлАТ ( $p=0,01$ ;  $Z=0,05$ ), АсАТ ( $p=0,01$ ;  $Z=-1,35$ ), общий билирубин ( $p=0,05$ ;  $t=-2,29$ ); исходя из таблицы 2 – мочевина ( $p=0,01$ ;  $Z=0,05$ ), креатинин ( $p=0,08$ ;  $Z=1,77$ ). Данные результаты доказывают наличие генерализованного воспалительного процесса и патологических изменений со стороны печени (Таб.1) и почек (Таб.2).

Параметры	1 группа			2 группа			Показатель значимости (p; Z)
	min	max	mean	min	max	mean	
Лейкоциты	7,1	16,5	11	3,08	18,9	10,37	P=0,86; Z=0,18
Нейтрофилы палочкоядерные	1	14	7,3	2	8	5,75	P=0,01; Z=0,05
Нейтрофилы сегментоядерные	46	77	65,7	10	93	64,3	P=0,05; Z=-0,18
Лимфоциты	7	26	14,7	3	34	13,3	P=0,87; Z=0,18
Мочевина	3,6	16,4	7,87	2,9	14	8,35	P=0,01; Z=0,05
Креатинин	101,5	121	112,5	66,5	101,5	81,5	P=0,08; Z=1,77
Билирубин общий	4,5	16	8,4	6,5	16,4	11,08	P=0,38; Z=-0,88
АлАТ	6	45	21,7	20	50	32,75	P=0,38; Z=-0,88
АсАТ				16	50	36,25	P=0,38; Z=-0,88

Таблица 2. – Лабораторные показатели активности и генерализации процесса, рассчитанные с помощью “Statistica” 13.5 среди пациентов женского пола



# Выводы

Особенности поражения толстого кишечника при ПМК заключаются в: отёке и набухании слизистой оболочки толстой кишки, образовании множественных бляшковидных наложений серо-бурого цвета и отсутствии видимого сосудистого рисунка. Гистологически – диффузная нейтрофильная инфильтрация, некрозы поверхностных отделов слизистой оболочки, с расширением и разрушением крипт, характерные наложения фибрина с нейтрофилами в виде плёнок на поверхности слизистой оболочки.

Среди лабораторных показателей активности и генерализации воспалительного процесса наибольшую статистическую значимость имеют: исходя из таблицы 1 – АлАТ ( $p=0,01$ ;  $Z=0,05$ ), АсАТ ( $p=0,01$ ;  $Z=-1,35$ ), общий билирубин ( $p=0,05$ ;  $t=-2,29$ ); исходя из таблицы 2 – мочевины ( $p=0,01$ ;  $Z=0,05$ ), креатинин ( $p=0,08$ ;  $Z=1,77$ ). Данные результаты доказывают наличие генерализованного воспалительного процесса и патологических изменений со стороны печени (по данным таблицы 1) и почек (по данным таблицы 2).





Спасибо за внимание!  
А какой котик сегодня Вы?