

**Результаты и их обсуждение.** Среди обследованных (67,9% девочек) анемия различной степени тяжести выявлена у 80 пациентов (48,2%), латентный дефицит железа – у 17 (10,2%). У 96,25% диагностирована анемия легкой степени. Установлен высокий риск развития анемии при системной форме ЮИА (ОШ=2,70; 95% ДИ 1,18–6,18), что в 1,4 раза выше, чем при суставной форме ( $p=0,007$ ). Анемия носила преимущественно нормоцитарный характер (68,75% случаев). Корреляционный анализ продемонстрировал тенденцию к обратной связи между уровнем ИЛ-6 и гемоглобином ( $r=-0,136$ ,  $p=0,421$ ), однако ключевым звеном патогенеза является гиперпродукция гепсидина, стимулируемая провоспалительными цитокинами. У исследуемых детей с ЮИА нормальный уровень витамина D ( $>30$  нг/мл) встречался у 112 человек (67,5%). Дефицит витамина D ( $<20$  нг/мл) у 46 детей (27,7%), у 8 пациентов (4,8%) – недостаточность витамина D (21–29 нг/мл). Дефицит витамина D, учитывая его иммуносупрессивную роль, усугубляет дисбаланс цитокинового профиля, способствуя хронизации воспаления и, опосредованно, повышению гепсидина.

**Выводы.** У пациентов с ЮИА наблюдается значительное повышение уровня гепсидина, ассоциированное с активностью воспалительного процесса. Выявленная высокая частота анемии (48,2%) подтверждает роль нарушений феррокинетики в структуре заболеваемости. Системная форма ЮИА является независимым фактором риска развития анемии. Полученные данные обосновывают целесообразность мониторинга уровня гепсидина и витамина D у детей с ЮИА для своевременной коррекции анемических состояний.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Сукало, А. В. Эритроцитарные индексы крови и состояние обмена железа у детей с ювенильным идиопатическим артритом / А. В. Сукало, Н. В. Строгая // Известия Национальной академии наук Беларуси. Серия медицинских наук. – 2022. – Т. 19, № 2. – С. 199–207.
2. Long, A. M. Juvenile Idiopathic Arthritis / A. M. Long, B. Marston // *Pediatr Rev.* – 2023. – Vol. 44, № 10. – P. 565.

## ОПУХОЛЕВАЯ ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пура К. С.

Гродненский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Шило Р. С.

**Актуальность.** Инвагинация кишечника – внедрение одного участка кишки в другой с развитием непроходимости, ишемии и риском некроза или перфорации [1]. У взрослых встречается редко (до 5% случаев и до 3% причин непроходимости) и чаще обусловлена органической патологией. В 70–90%

наблюдений выявляется «ведущая точка», нередко опухоль. Клиническая картина неспецифична. Основной метод диагностики – компьютерная томография, позволяющая подтвердить инвагинацию, установить её причину и осложнения [2].

**Цель.** Представить клинический случай инвагинации тонкой кишки опухолевой природы у взрослого пациента и обосновать лечебно-диагностическую тактику.

**Методы исследования.** Клинический случай

Пациент Б., 63 лет, экстренно госпитализирован с жалобами на разлитые боли в животе и слабость. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в мезогастрии, перистальтика ослаблена, перитонеальные симптомы отсутствовали. При КТ брюшной полости с контрастированием мезентериальный тромбоз исключён, выявлена инвагинация тонкой кишки. В экстренном порядке выполнены лапароскопический висцеролиз, минилапаротомия, резекция подвздошной кишки с удалением инвагината и анастомозом «бок в бок», санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений. По данным КТ и МРТ обнаружены метастазы в правом полушарии головного мозга (с распространением под серповидный отросток и в мозолистое тело), а также в парааортальные и подвздошные лимфатические узлы при невыявленном первичном очаге. Инвагинация сопровождалась некрозом кишки.

**Результаты и их обсуждение.** У взрослых инвагинация кишечника в большинстве случаев требует хирургического лечения, особенно при подозрении на опухоль или признаках ишемии [1]. Консервативная тактика допустима лишь при отсутствии осложнений и онкологической настороженности.

Представленный случай демонстрирует редкую инвагинацию тонкой кишки, обусловленную метастатическим поражением. Своевременное хирургическое вмешательство позволило устранить жизнеугрожающее осложнение и стабилизировать состояние пациента. Случай подчёркивает необходимость онкологической настороженности и междисциплинарного подхода при выборе тактики лечения.

**Выводы.** Инвагинация тонкой кишки у взрослых – редкая причина острой кишечной непроходимости, чаще всего обусловленная органической, преимущественно опухолевой патологией. Неспецифичность клинических проявлений затрудняет раннюю диагностику заболевания. Компьютерная томография является основным методом визуализации, позволяющим подтвердить диагноз и определить тактику лечения. Хирургическое вмешательство остаётся ведущим методом лечения у взрослых пациентов, особенно при наличии некроза или опухолевой природы инвагинации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Adult intussusception: a systematic review and meta-analysis / K. D. Hong, J. Kim, W. Ji, S. D. Wexner // Techniques in Coloproctology. – 2019. – Vol. 23, № 4. – P. 315-324.
2. Kim, Y. H. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point / Y. H. Kim, M. A. Blake, M. G. Harisinghani // Radiographics. – 2018. – Vol. 38, № 2. – P. 425-440.

## ЭПІДЭМІЯЛАГІЧНЫЯ ТЭНДЭНЦЫІ КАЛАРЭКТАЛЬНАГА РАКА Ў ГРОДЗЕНСКОЙ ВОБЛАСЦІ ЗА ПЕРЫЯД 2015-2025 ГАДОЎ

Пушкин М. А., Пушкина С. А.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: Патюпо Е. О.

**Актуальность.** У структуры захворваемасці злаякаснымі пухлінамі каларэктальны рак (КРР) стабільна займае трэцяе месца, у тым ліку ў Беларусі [1, с. 12]. Даследванне эпідэміялагічных паказчыкаў, а таксама якасці дыягностыкі КРР на розных стадыях дазволіць апаніць і скарэктаваць якасць захадаў, накіраваных на дыспансарызацыю насельніцтва [2].

**Цель.** Вызначыць змены ў структуры захворваемасці, смяротнасці, лятальнасці і дыягностыкі КРР за 2015-2025 гады па Гродзенскай вобласці.

**Методы исследования.** На падставе дадзеных канцэррэгістра за 2015–2025 гады па Гродзенскай вобласці былі вызначаныя паказчыкі дынамічнага шэрага (тэмп прыроста (ТП), сярэдні тэмп прыроста (СТП)) для захворваемасці, смяротнасці, лятальнасці і дыягностыкі па стадыям (у тым ліку для працаздольнага насельніцтва) КРР.

**Результаты и их обсуждение.** Захворваемасць КРР за адзначаны перыяд расце: СТП склаў 15.23%, пры гэтым значна хутчэй дадзены паказчык расце сярод мужчын (19.35% супраць 11.32% у жанчын). У перыяд з 2019 па 2020 год захворваемасць значна ўпала – ТП склаў – 15.45%. У перыяд з 2021 па 2025 год паказчыкі аднавілі і перагналі ўзровень 2019 года. Назіраюцца меншыя значэнні захворваемасці сярод вясковага насельніцтва ў параўнанні з гарадскім. У абсалютных і адносных лічбах расце доля КРР сярод працаздольнага насельніцтва: у 2015 годзе яна складала 18.75%, у 2025 – 22.96%, СТП у абсалютных велічынях склаў 32.24%.

Смяротнасць КРР падае (СТП склаў -0.45%), аднак гэта тлумачыцца значным змяншэннем паказчыка сярод жаночай папуляцыі (СТП= -7.32%) на фоне росту ў мужчынскай (СТП=7.25%). Паказчыкі смяротнасці вясковага насельніцтва пераважаюць такія ў гарадскога. За перыяд 2024-2025 года назіраецца падзенне смяротнасці (ТП= -10.30%).

У дыягностыцы назіраюцца наступныя тэндэнцыі: змяншэнне долі першаснага выяўлення КРР у II стадыі (2015 г. – 46.1%, 2025 – 34.1%) на фоне