

был выявлен в 44 наблюдениях или 0,7%, при этом опухоль чаще выявлялась у мужчин – в 29 случаях, или 66%, а у женщин – в 15 случаях, или 34%. В разные годы при исследовании по локализации преобладали раки антрального и пилорического отделов (24 наблюдения, или 38,1% в 2000 – 2004гг. и 13 случаев или 29,5% в 2005 – 2009гг.) и раки тела желудка (26 случаев, или 41,3% и 24 случая или 54,5% , соответственно). В течение двух сравниваемых пятилетий формы РЖ с эндофитно-инфильтрирующим ростом преобладали над формами с экзофитно-экспансивным ростом (33 случая, или 52,4% и 30 случаев, или 47,6% в первом пятилетии и 22 случая, или 50% и 19 случаев, или 43,2%, соответственно). Среди гистологических форм РЖ в оба пятилетия преобладали аденокарциномы над недифференцированными формами рака (33 случая, или 52,4% и 30 случаев, или 47,6%, соответственно в 2000 – 2004гг. и 28 случаев, или 63,6% и 16 случаев, или 36,4%, соответственно в 2005 – 2009гг.).

Таким образом, сравнительный клинико-анатомический анализ РЖ у жителей г. Гродно по данным аутопсий свидетельствует о снижении, хотя и незначительном, количественных и относительных показателей частоты данной патологии в структуре летальных наблюдений. Возраст умерших от РЖ сдвинулся на более старшие возрастные группы.

Литература

1. Василенко И.В., Сарчиков В.Д., Галахин К.А. Предрак и рак желудка: Этиология, патогенез, морфология, лечебный патоморфоз. – К. : Книга плюс, 2001.
2. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и этиология злокачественных опухолей желудка. – М. : Научный мир. 2000.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФЕТОИНФАНТИЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ПО ДАНЫМ ВСКРЫТИЙ В ДЕТСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГРОДНЕНСКОГО ОБЛАСТНОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО БЮРО ЗА 2003 – 2007 ГОДЫ

Лагодская И.Я., Багрим А.Н., Соколовская Н.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Фетоинфантильные потери складываются из мертворожденных детей (от 28 недель внутриутробного развития до момента срочных родов) и младенческой смертности, под которой понимают смертность детей,

родившихся живыми, но умерших в период от момента рождения до 1-го года жизни. В свою очередь, младенческая смертность включает в себя: раннюю неонатальную смертность (новорожденные, умершие в течение первых 7 дней жизни), позднюю неонатальную смертность (новорожденные, умершие в промежутке от 2-й до 4-й включительно недель жизни) и постнеонатальную смертность (умершие в возрасте от 2-го месяца жизни до 1 года).

Впервые младенческая смертность в России была оценена по Указу Петра I в 1867 г. и составила 24,3% на 100 родившихся. По данным ЮНИСЕФ, в 2006 г. в Республике Беларусь она составила 6,2 на 1000 родившихся и остается самой низкой на территории СНГ. Младенческая смертность отражает уровень здоровья и социального благополучия детей в обществе.

Материалом для данного исследования послужили протоколы вскрытий 153 детей, составивших фетоинфантильные потери. Из них 86 (56,2%) оказались мертворожденными, среди них 30 девочек (38%) и 54 мальчика (62%). 28 детей представили группу ранней неонатальной смертности, среди них 12 девочек (42,9%) и 16 мальчиков (57,1%). 17 детей составили группу поздней неонатальной смертности, из которых 7 девочек (41,2%) и 10 мальчиков (58,8%). 22 ребенка вошли в группу постнеонатальной смертности, среди них 9 девочек (41%) и 13 мальчиков (59%). К группе мертворожденных отнесены 2 ребенка, пол которых не был указан в протоколах вскрытий.

Средний рост мертворожденных мальчиков был равен 41,5 см, а девочек – 40 см. Вес, соответственно, равнялся 1825 и 1970 граммов. Рост и вес мальчиков и девочек группы ранней неонатальной смертности соответственно равен 47,5 см – 2455 г и 46,5 см – 2407 г. Средние данные роста и веса для мальчиков группы поздней неонатальной смертности составляют 39,5 см и 1710 г, а для девочек – 44 см и 1850 г. Мальчики из группы постнеонатальной смертности имели средние цифры роста и веса 48,5 см и 3300 г, а девочки 48,5 см и 2650 г.

Среди всех причин, приведших к мертворожденности и младенческой смертности преобладали врожденные пороки развития (ВПР) и врожденные инфекции.

ВПР ЦНС выявлены у 67 детей, среди которых преобладали внутренняя гидро-цефалия (у 25 детей), гипоплазия мозжечка (у 8), макрогирия (у 5) и микрогирия (у 5).

ВПР ССС выявлены у 58 детей с преобладанием дефектов межпредсердной (7) и межжелудочковой (8) перегородок, открытого и широкого баталлова протока (7), гипоплазии левого желудочка сердца (5), гипертрофии левого желудочка сердца и правого предсердия (5).

ВПР органов дыхания имели место у 43 детей и наиболее частыми среди них были гипоплазия легких (13) и ателектазы легких с

множественными гиалиновыми мембранами.

ВПР мочеполовой системы были выявлены у 34 детей, самые часто встречающиеся из них – дисплазия почек (8) и гидронефроз почек (7).

ВПР органов пищеварения обнаружены у 24 детей с наибольшей численностью незавершенного поворота кишечника (9) и стенозом и атрезией пищевода (6).

ВПР костно-суставного и мышечного аппарата встретились у 16 детей и чаще были представлены укорочением длинных трубчатых костей (4), косолапостью (4), наличием добавочных ребер (3).

Большое количество детей погибло от внутриутробной асфиксии (46) с преобладанием нарушения маточно-плацентарного кровообращения (42). 35 детей за исследуемый период времени умерло от врожденных инфекций, из них 18 девочек и 15 мальчиков, пол двоих детей не был указан в протоколах вскрытий. Большинство детей родились недоношенными и только 5-ро из них – в результате срочных родов с нормальным ростом и весом. Дети умерли в разные сроки жизни: 6-ро детей умерло в антенатальном периоде, 8 детей – в раннем неонатальном, 12 детей – в позднем неонатальном и 9 детей – в постнеонатальном периоде. Большинство детей умерло от сепсиса (10) – полиэтиологического заболевания бактериальной и грибково-бактериальной этиологии с проявлениями серозного или гнойного миокардита, язвенного гастроэнтероколита, менингита, абсцессов легких, ДВС-синдрома с кровоизлияниями в головной мозг, иммунодефицитного состояния, инволюции вилочковой железы. От врожденной пневмонии с развитием распространенных ателектазов, спонтанного пневмоторакса, неклассифицируемого иммунодефицитного состояния, гипоплазии тимуса, ДВС-синдрома умерли 7 детей. Врожденный сифилис с проявлением «белой пневмонии», миокардита, кровоизлияниями в желудочки мозга и субарахноидальное пространство был выявлен у 3-х умерших детей. Острая менингококковая инфекция выявлена в 2-х случаях, гнойный менингит с развитием вторичной гидроцефалии – в 3-х случаях. Из вирусных инфекций от ЦМВ с преимущественным поражением головного мозга, печени, почек, легких умерли 3-е детей; от генерализованной формы герпетической инфекции – 2-е детей. Герпетический энцефалит выявлен в 1-м случае. Двое детей умерло от протозойных инфекций: по одному ребенку от врожденного микоплазмоза с преимущественным поражением легких и врожденного генерализованного токсоплазмоза. Кроме того, было отмечено по одному случаю врожденного некротического лейкоэнцефалита и некротического менингоэнцефалита.

У матерей детей, составивших фетоинфантильные потери, в 42 случаях выявлены ОРЗ и ОРВИ, эрозии шейки матки (23), алкоголизм (8), курение (11), хронический пиелонефрит (8), анемия легкой степени (8) и ряд других одиночных инфекций, состояний, которые мешали развитию и

вынашиванию нормальной беременности и рождению здоровых детей. Среди них острый бронхит, носительство стафилококковой инфекции, трихомонадный кольпит, склонность к повышению АД, сахарный диабет, гепатит, хронический аднексит, сифилис в различные сроки до наступления беременности, инфицирование токсоплазмозом.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать следующие **выводы**:

- 1) большую половину фетоинфантильных потерь составили мертворожденные (56,2%); начиная со 2-го месяца жизни умирает меньшее число неполноценных новорожденных детей (14,38%), чем за первый месяц жизни (29,41%);
- 2) среди врожденных пороков развития наиболее частыми явились пороки ЦНС (67), ССС (58), органов дыхания (43) и мочеполовой (34) систем; из врожденных инфекций наиболее частыми причинами смерти стали бактериальные инфекции, – сепсис (10) и пневмония (7);
- 3) внутриутробная асфиксия преобладала над заболеваниями и инфекциями пре- и перинатального периодов;
- 4) от врожденных инфекций погибает приблизительно одинаковое количество новорожденных мальчиков и девочек;
- 5) к факторам риска развития инфекционной патологии и ВПР относится недоношенность, а также наличие у матерей инфекционных заболеваний, патологическиХ состояний и вредных привычек.

Литература

1. Лазюк Г.И. Тератология человека : Руководство для врачей. Издание второе, переработанное и дополненное. – Москва: Медицина. 1991.
2. Черствой Е.Д., Кравцова Г.И. Болезни плода, новорожденного и ребенка : Нозология, диагностика, патологическая анатомия. – Минск: Высшая школа, 1991.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**Летковская Т.А., Сахаров И.В., Сукало А.В., Тур Н.И.,
Черствый Е.Д.**

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Нефротический синдром (НС) – клинический симптомокомплекс, характеризующийся протеинурией (потеря с мочой 3 г/сут белка и более у взрослых; 3,5 г/1,73 м²/сут или 50 мг/кг/сут и более у детей), отёками, гипоальбуминемией (сывороточный альбумин менее 25 г/л),