

цифровых изображений можно сделать выводы: анализируемые варианты постобработки повышают качество диагностических изображений и исключают взаимные помехи, последовательная обработка диагностического изображения комбинацией математических фильтров предпочтительней для увеличения контрастности, предпочтительными функциями для удовлетворительного повышения контрастности и снижения уровня шума являются  $F(p_1, p_2) = (p_1 \text{ AND } p_2)$  и  $F(p_1, p_2) = (p_1 + p_2) / 2$ , представленные варианты постобработки диагностических изображений могут использоваться на любых рабочих станциях и серверах компьютерной медицинской сети при наличии программного обеспечения для редактирования изображений с возможностью модификации слоев (Multiple layer control).

## **СТРУКТУРА ПРИЧИН СМЕРТИ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ ГРОДНЕНСКОГО ОБЛТУБДИСПАНСЕРА ЗА ПЕРИОД 2001-2006 гг.**

*Толканица Е.В., Семашко Е.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра фтизиатрии*

*Научный руководитель – к.м.н., Шевчук Д.В.*

В последние годы в Гродненской области сложилась неблагоприятная обстановка по смертности от туберкулеза. В 2005 году показатель превысил 17 на 100 тыс. населения, что более чем в 2 раза выше общереспубликанского. В 2006 году отмечена тенденция к снижению этого показателя, однако ситуация продолжает оставаться сложной. Нами разработаны 404 истории умерших пациентов в стационаре Гродненского областного противотуберкулезного диспансера за период 2001-2006г.

Анализ данных показывает рост абсолютного числа умерших в стационаре с 41 человека в 2001 году до 77 в 2006 году. Смертность от туберкулеза аналогично нарастает по годам, однако колеблется в пределах 67-75% от всех умерших. Максимум число умерших от туберкулеза достигло в 2005, что коррелирует с ростом смертности в регионе в целом (17,6 на 100 тыс.). Обращает на себя внимание увеличение числа расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов в период с 2003 по 2005 годы. Максимум этот показатель достиг в 2003 году (16,9%), что, возможно, связано с минимальными сроками нахождения в стационаре ( $31,5 \pm 5,95$  дней). Однако, в последние годы отмечена тенденция к росту средних сроков пребывания в стационаре до наступления смерти.

В связи с тем, что доля больных, умерших в противотуберкулезном стационаре достаточно велика (до 32,9%), нам показалось интересным выявить структуру причин смерти этих пациентов. Мы разделили их на 4 группы по частоте встречаемости: онкопатология, кардиопатология, неспецифические болезни легких и др. патология (почечная, печеночная недостаточности, острая патология ЖКТ). Эти данные представлены в таблице.

### **Структура нетуберкулезной патологии, приведшей к смерти больного**

	<i>Онко</i>	<i>кардио</i>	<i>НЗОД</i>	<i>пат. внутренних органов</i>
2001	54,5%	18,2%	27,3%	-
2002	-	21,4%	28,6%	21,4%
2003	36,8%	21%	26,3%	15,7%
2004	20,8%	20,8%	20,8%	12,5%
2005	30,4%	30,4%	8,7%	26,1%
2006	26,3%	26,3%	10,5%	15,8%

Примечание: в таблице не учтены единичные случаи смерти от редкой патологии.

В структуре смертей от нетуберкулезной патологии наибольшую роль по прежнему играют онкологические заболевания, хотя их доля постепенно снижается с половины случаев в 2001 году, до четверти в 2006. В структуре общей смертности в стационаре доля этой патологии снизилась с 14,6% до 6,5% ( $p < 0,05$ ). Отмечена явная тенденция роста значимости сердечной патологии. Ее доля выросла за тот же период с 18,2% до 26,3% ( $p < 0,05$ ). Количество смертей от неспецифической патологии резко снизилось, скорее всего в связи с перепрофилированием коечного фонда ГОПТД и сокращением общего числа таких пациентов. Доля этих процессов в структуре общей смертности в стационаре снизилась с 7,3% до 2,6% ( $p < 0,05$ ). Заслуживает внимания высокий процент смерти от патологии внутренних органов, прежде всего хр. почечной и печеночной недостаточности. В 2005 году он достиг 26,1%, что составило 6,5% среди общей смертности по стационару. Такие высокие цифры, безусловно, требуют более тщательного анализа факторов риска, объема и длительности терапии, побочных эффектов препаратов.

## **ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

*Толкина В.Ю., Ганцовская С.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – к.м.н. доц., Янковская Н.И.*

Инфекционные заболевания являются ведущей причиной госпитализации новорожденных. По данным Всемирной организации здравоохранения, в структуре причин неонатальной смертности тяжёлые инфекции составляют более 36% [1].

Под наблюдением находилось 38 новорождённых с внутриутробной инфекцией (ВУИ), в том числе 17 доношенных младенцев с массой тела при рождении  $3452,0 \pm 156,1$  (2760,0-4150,0), гестационный возраст 38-40 недель и 21 недоношенный ребёнок с массой тела  $1680,0 \pm 126,5$  (820,0-2040,0), гестационный возраст 25-35 недель. Все новорождённые родились у женщин с отягощённым соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом. Хронические соматические заболевания были выявлены у 35 (92%) женщин, заболевания репродуктивных органов – у 5 (13%), у 23 (60,5%) – инфекционно-воспалительные заболевания. У всех женщин наблюдалось неблагоприятное течение беременности в виде угрозы прерывания – у 15 (39,5%), гестоза – у 8 (21%), фетоплацентарной недостаточности – у 18 (47,4%). Осложнения в родах в виде длительного безводного периода, нарушений продолжительности родов имели место у 8 (21%) женщин. Большая часть детей (60,5%) родились естественным путём. Родоразрешение путём кесарева сечения было проведено в 39,5% случаев. Неблагоприятные факторы, наблюдавшиеся в анте- и интранатальном периодах, обусловили рождение большинства детей (78,9%) в тяжёлом состоянии. В асфиксии с оценкой по шкале Апгар 1-6 баллов родились 13 (34,2%) детей. Все младенцы находились на стационарном лечении по поводу ВУИ, пневмонии. У 34 (89,5%) новорождённых ВУИ протекала на фоне перинатального поражения ЦНС, у 6 (15,8%) из них с внутрижелудочковыми кровоизлияниями II-III ст, у 3 – на фоне ВПС, у 15 - респираторного дистресс-синдрома, у 13 – аспирации мекониальных околоплодных вод. Всем больным проведено микробиологическое обследование трахеобронхиальных аспиратов, крови, мазков с задней стенки глотки, носа, эндотрахеальной трубки. Посевы сделаны на фоне уже начатой терапии до перевода ребёнка в стационар. Для верификации диагноза ВУИ младенцы обследованы на токсоплазмоз, цитомегаловирусную (ЦМВ), герпетическую инфекции методом ИФА и ПЦР.