

Комбинированная терапия больных проводилась по сходной схеме. Гистологические микропрепараты пересмотрены в соответствии с принятой для данной локализации опухоли Международной гистологической классификацией (ВОЗ, 2003). Помимо гистологической формы рака и степени его дифференцировки, проведена полуколичественная оценка соотношения стромального и паренхиматозного компонентов, клеточности стромы, выраженности ее лимфоидной инфильтрации и некрозов, плотности микрососудистого окружения и митотической активности опухолевых клеток.

Менее 1 года после установления диагноза и начала терапии прожили 22 пациента (17,5%), от года до пяти лет – 60 (47,6%), более 5 лет – 44 (34,9%).

У больных с I- II клинической стадией, выявленной в 45,2 % случаев (57 женщин), 5-летняя выживаемость составила 56,1%. При III - IV клинической стадии, установленной у 69 больных (54,8%), пятилетняя выживаемость составила лишь 14,5%. Также прослеживалась зависимость 5-летней выживаемости от степени дифференцировки рака. При высокодифференцированных (G1) опухолях она составила 52,5%, при умеренно-дифференцированных (G2) – 31,7%, а низкодифференцированных (G3) – 15,4%. При этом выявлено, что плотность микрососудистого окружения была выше в группе с выживаемостью больных от 1 до 5 лет и коррелировала с наличием метастазов. При выявлении умеренной и выраженной лимфоидной инфильтрации пятилетняя выживаемость составила 40,5%, при ее отсутствии или слабой степени выраженности она была несколько ниже и составила 30,9%. Анализ соотношения паренхиматозного и стромального компонентов рака яичника выявил обратную взаимосвязь между процентной долей эпителиального компонента в раковом узле и продолжительностью жизни больных. С уменьшением дифференцировки новообразования повышалось количество некрозов. В анализируемом материале выявлено 9 первично-множественных опухолей с локализацией одного узла в яичнике. Рак яичников сочетался с новообразованиями матки (4 случая), молочной железы (4 случая), толстого кишечника (1 случай). Во всех наблюдениях прогноз заболевания ухудшался. При двустороннем поражении яичников пятилетняя выживаемость составила 19,6%, а при одностороннем поражении 55,5%.

Таким образом, помимо общепринятых критериев оценки инвазивного и метастатического потенциала рака яичников, включающих определение гистологической дифференцировки новообразования и ее клинической стадии, требуется тщательный анализ, выяснение роли ряда стромальных компонентов опухоли, что возможно при иммуногистохимическом исследовании.

## **АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ВЫРАЖЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПО РОДИЛЬНЫМ ОТДЕЛЕНИЯМ БСМП**

*Щерженя М.П., Горбач А.Е.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научные руководители - Белуга В.Б.; Шейбак Л.Н.*

Одной из важнейших проблем практического акушерства является проблема иммунологии беременности и родов. В ряде случаев иммунологическая несовместимость между матерью и плодом становится причиной тяжелых нарушений эмбриогенеза и постнатального развития. Гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) до сих пор занимает одно из первых мест среди заболеваний у новорожденных и может способствовать инвалидизации в последующем.

**Цель:** выявление частоты встречаемости ГБН родильных отделений БСМП, определение особенности клинических проявлений и наличие возможных отклонений в соматическом статусе в последующем.

**Результаты:** проведено ретроспективное исследование 40 историй родов и историй развития новорожденных с ГБ. Возраст женщин составил 19-36 лет. У 67,5% женщин беременность протекала на фоне различных инфекций (ОРЗ - 16 случаев, герпес - 2 случая, токсоплазмоз - 6 случаев), причем у 2/3 из них отмечалась гинекологическая патология (эрозия шейки матки 18 случаев аднексит - 4 случая, кисты яичников - 2 случая). Дети родились от 1-ой беременности и 1-ых родов в 37,5% случаев, 62,5% детей родились от 2-ой и последующих беременностей. У 22,5% женщин были выкидыши и прерывания предыдущих беременностей. 17,5% детей родились кесаревым сечением, причем 12% плановым. Дети родились с массой тела в среднем  $4370 \pm 90$  г. У них отмечались проявления острой интранатальной асфиксии и оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте жизни была не менее 8 баллов. У 70% детей отмечались клинические признаки хронической внутриутробной гипоксии (сухость кожи, зеленоватое прокрашивание околоплодных вод, неврологическая дисфункция). У 12,5% детей отмечалась клиника синдрома внутриутробного инфицирования. ГБН по Rh-фактору отмечалась у 2 детей, у 95% новорожденных гемолитическая болезнь была по системе АВО. При этом у 30 детей была А (II) группа крови, а у 10 - В (III). Пуповинный билирубин у детей исследуемой группы составил  $54,6 \pm 3,01$  мкмоль/л. Почасовой прирост билирубина равен  $6,48 \pm 0,9$  мкмоль/л/ч. Показатели красной крови составили: эритроциты -  $5,2 \pm 0,7 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин -  $178 \pm 2,86$  г/л. Анемическая форма ГБН отмечалась у 40% детей, желтушная - у 60%. Отечной формы ГБН не было.

Лечение новорожденных с гемолитической болезнью проводилось консервативное, использовались такие лекарственные препараты как белосорб, хофитол, магния сульфат, а также фототерапия продолжительностью не менее 72 часов, очистительные клизмы. Дети продолжали кормиться грудью в 30% случаев. Другие новорожденные кормились смесями по причине гипогалактии. Выписывались новорожденные дети из роддома по мере выздоровления в среднем на  $9,7 \pm 0,5$  сутки.

**Выводы:** у новорожденных детей чаще отмечалась гемолитическая болезнь по системе АВО, течение которой было не тяжелым. Консервативное лечение, проводимое в родильных отделениях БСМП, было эффективным и выписка новорожденных не задерживалась.

## ИЗМЕНЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ГОЛОВЫ И ЛИЦА В ПРОЦЕССЕ РОСТА

*Юхо Л.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – ст. преподаватель Щербакова М.Н.*

Материалом для исследования послужили данные антропометрического измерения головы и лица 480 лиц 8 возрастных групп (новорожденные, 1, 3, 6, 9, 12, 14, 18 лет). Изучены 24 абсолютных и 21 относительных показателей.

В процессе роста от рождения до 18 лет происходит увеличение всех размеров головы и шеи, однако, подчиняясь определенным закономерностям, этот процесс для разных признаков протекает неодинаково. Более интенсивный рост отмечается в 1-й год жизни. Так, высота мозгового черепа и длина шеи увеличиваются на 52,6% и 55,9% у мальчиков, и на 50,3% и 42,2% у девочек, соответственно, в то время как нижняя высота лица увеличивается на 17,9% у мальчиков и 13,5% - у девочек.