

### **Выводы**

1. Результаты анализа показали, что частота встречаемости системных скелетных дисплазий в различные годы составляла от 0,7 до 2,29 % среди всех аутопсий плодов.
2. В исследуемом материале данная патология в большинстве случаев не сочеталась с врожденными пороками развития других систем.
3. Не выявлена четкая закономерность связи системных скелетных дисплазий с полом плода.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Терапология человека. Руководство для врачей / И. А. Кирилова [и др.]. – М.: Медицина; под общ. ред. Г.И. Лазюка. – М., 1991. – 480 с.
2. Перинатальная патология: учеб. пособие / М. К. Недзьведь [и др.] – Минск, Высшая школа; 2012. – 575 с.
3. Лазаревич, А. А. Патоморфологические признаки системных скелетных дисплазий у плодов ранних сроков гестации / А. А. Лазаревич // Медицина: теория и практика. – 2019. – № 4. – С. 297–298.

**УДК 616-091-001.365**

**Ю. А. Мукомело, Ю. А. Ярмолич, У. В. Лосева**

*Научный руководитель: старший преподаватель А.В. Мишин*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОМФАЛОЦЕЛЕ В СТРУКТУРЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

### **Введение**

Омфалоцеле – врожденный порок развития, который встречается с частотой 1:10000 младенцев, характеризующийся дефектом передней брюшной стенки (локализуется в области пупочного кольца по средней линии и может быть центральным, эпигастральным и гипогастральным) и внутриутробной эвентрацией любых висцеральных органов в полость грыжевого мешка [1]. Иногда, при повреждении грыжевого мешка, диагноз устанавливается на основании косвенных признаков: наличие обрывков грыжевого мешка и расположение сосудов пуповины – сосуды идут порознь в оболочках грыжевого мешка [2].

### **Цель**

Оценить морфологические особенности и частоту встречаемости омфалоцеле как в изолированной форме порока, так и входящего в комплекс множественных врожденных пороков развития (МВПР).

### **Материал и методы исследования**

Материалом для исследования послужили данные патологоанатомических вскрытий 1150 абортированных плодов, полученных после прерывания беременности по медико-генетическим показаниям с пренатально диагностированными врожденными пороками развития, со сроком гестации от 10 до 22 недель, проведенных в 2015–2022 гг. в ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро».

### **Результаты исследования и их обсуждение**

За данный период было выявлено 48 случаев омфалоцеле (таблица 1).

В зависимости от размера дефекта и его содержания выделяют следующие формы омфалоцеле:

1 – малая. Диаметр – до 5 см. Наиболее распространенная форма. Содержит 1–2 кишечные петли (рисунок 1а). В основном выступает в роли проявлений хромосомных аномалий.

2 – средняя. Размер дефекта пупочного кольца – от 5 до 10 см. В составе грыжевого мешка содержатся 2-4 кишечные петли.

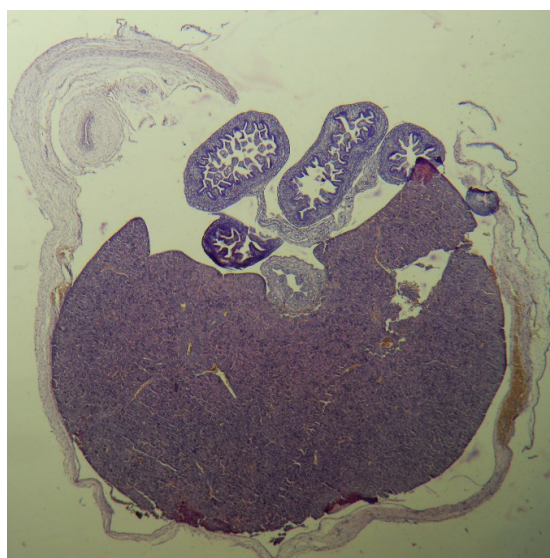
3 – большая. Дефект передней брюшной стенки составляет более 10 см. Помимо петель кишечника через него выходит часть печени, желудок и другие органы (рисунок 1б).

Таблица 1 – Частота встречаемости омфалоцеле среди общего количества вскрытий абортированных плодов

Год	Количество вскрытий абортированных плодов	Число случаев порока	
		абс.	%
2015	140	6	4,29
2016	175	4	2,29
2017	155	6	3,87
2018	143	10	6,99
2019	155	5	3,23
2020	130	3	2,31
2021	127	2	1,57
2022	125	11	8,8



а



б

Рисунок 1 – Омфалоцеле: а – макроскопическая картина; б – микроскопическая картина. Окраска: гематоксилином и эозином. Увеличение:  $\times 50$

По наличию сопутствующих патологий выделяют:

1 – изолированное омфалоцеле. Грыжа пупочного канатика – единственная развившаяся внутриутробная патология.

2 – сочетанная форма. Помимо дефекта пупочного кольца у ребенка присутствуют хромосомные мутации (25–35 %), пороки развития сердечно-сосудистой (15–50 %) и мочеполовой систем (до 15 %). Характерны грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и дисплазии тазобедренных суставов, другие скелетные аномалии.

Омфалоцеле как компонент при МВПР или хромосомных патологиях (синдром Эдвардса, синдром Дауна и синдром Патау) встречался в 41 исследуемом случае, в то время как изолированные формы данного порока только в 7 случаях.

### **Выводы**

1. В результате анализа протоколов патологоанатомических вскрытий было установлено, что частота встречаемости омфалоцеле в различные годы составляла от 1,57 % до 8,8 % среди всех аутопсий.

2. Чаще наблюдались формы омфалоцеле, входящие в МВПР – 85 %, реже – изолированные формы (15 %).

3. Кроме петель тонкой кишки, в грыжевом мешке часто также встречался выход фрагментов печени и толстой кишки.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Реальные возможности ранней пренатальной диагностики омфалоцеле / О. Л. Галкина [и др.] // Пренатальная диагностика. – 2020. – Т. 19, № 1. – С. 16–20.
2. Перинатальная патология. учеб. пособие / М. К. Недзьведь [и др.]. – Минск: Выш. школа, 2012. – 575 с.

### **УДК 616.717.11-006-08**

**А. Р. Немировская<sup>1</sup>, С. А. Авраменко<sup>1</sup>, М. Ю. Жандаров<sup>2</sup>, А. К. Андриюшечкин<sup>2</sup>**

*Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец*

<sup>1</sup>*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»,*

<sup>2</sup>*Государственное учреждение*

*«Республиканский научно-практический центр*

*радиационной медицины и экологии человека*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭЛАСТОФИБРОМЫ ДОРСИ**

#### **Введение**

*Elastofibroma dorsi* – это необычная доброкачественная псевдоопухоль мягких тканей, которая обычно локализуется в области нижнего края лопатки, глубоко к передней зубчатой мышце и зачастую прикрепленная к надкостнице ребер. Впервые была описана О. Н. JarvA. E. Saxen в 1959 году. Составляет примерно 1–2 % от всех первичных опухолей грудной стенки. Данное новообразование обычно наблюдается у пациентов старше 50 лет и нередко ошибочно воспринимается как злокачественная опухоль из-за ее размера и глубокого расположения в перискапулярных мышцах [1, 2].

*Elastofibroma dorsi* состоит из волокнистой ткани с внутренними жировыми полосами, что объясняет ее внешний вид. Считается, что это происходит в результате рецидивирующего трения в области между нижней лопаткой и задней стенкой грудной клетки. Во многих случаях поражения бессимптомны, но до 50 % пациентов описывают локализованные симптомы, такие как боль, дискомфорт, особенно при движении, ощущение щелчка лопатки [3].

В данной статье будет рассмотрен клинический случай эластофибромы Дорси.

#### **Цель**

Описание клинического случая эластофибромы Дорси, изучение морфологических и клинических особенностей патологии.

#### **Материал и методы исследования**

Для исследования использовались клинические данные пациента, обратившегося с данной патологией и результаты гистологического исследования. Удаленное новообразование фиксировалось в 10 % растворе формалина с последующей заливкой в парафин. Серии срезов окрашивались гематоксилин и эозином.