

Выводы

1. По данным ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро» за период с 2006 по 2018 гг. в структуре тератом у плодов преобладают тератомы крестцово-копчиковой локализации.

2. Крестцово-копчиковые тератомы чаще имели постсакральную локализацию и солидно-кистозный тип строения.

3. При гистологическом исследовании тератом в 100 % случаев были обнаружены элементы эктодермального происхождения, в 56–100 % — мезодермального и в 81–87 % — энтодермального.

ЛИТЕРАТУРА

1. Опухоли и опухолеподобные процессы у детей / под ред. Е. Д. Черствого, Г. И. Кравцовой, А. В. Фурманчука. — Минск: ООО «Асар», 2002. — 400 с.
2. Случай рецидива врожденной тератомы крестцово-копчиковой области в виде опухоли желточного мешка / М. В. Мушинская [и др.] // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. — 2012. — № 4. — С. 34–40.
3. Горелова, Е. М. Крестцово-копчиковая тератома (ККТ) / Е. М. Горелова // Детская хирургия. — 2016. — № 20 (4). — С. 194–199.
4. *Friedman, N. B., Moore R. A.* // *Milit. Surgeon.* — 1946. — Vol. 99. — P. 573.

УДК 616.832+616.711

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗРАФИЧЕСКИХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СПИННОГО МОЗГА И ПОЗВОНОЧНИКА

Бычик М. А., Ясинская А. С.

Научный руководитель: ассистент А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время, по данным ВОЗ, 20 % детской заболеваемости и инвалидности, а также 15–20 % детской смертности вызваны врожденными пороками развития (ВПР), среди которых пороки центральной нервной системы (ЦНС) занимают одно из первых мест [1].

Среди ВПР ЦНС ведущую роль занимают дизрафические состояния, связанные с незакрытием медуллярной трубки. Частота встречаемости этой группы пороков развития зависит от географического региона. В некоторых районах Великобритании и Ирландии частота этого порока составляет 9 случаев на 1000 новорожденных, в Финляндии — 0,7 случая на 1000 рождений, в Республике Беларусь — 0,8 случая на 1000.

Большинство ВПР ЦНС обусловлены мультифакториальной этиологией, то есть взаимодействием генетических и средовых факторов. Отсюда непосредственно возникает необходимость разностороннего изучения ВПР ЦНС у детей. До сих пор еще не существует надежных критериев диагностики отдельных видов ВПР ЦНС. Эти и другие постулаты делают изучаемую проблему теоретически и практически актуальной [1].

Цель

Изучение морфологических особенностей дизрафических пороков развития спинного мозга и позвоночника по данным патологоанатомических вскрытий.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили протоколы 799 патологоанатомических вскрытий плодов со сроком гестации от 10 до 22 недель, проведенных в 2014–2018 гг. в ГУЗ

«Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро», у которых были выявлены ВПР.

Результаты исследования и их обсуждения

За данный период было выявлено 76 случаев дизрафических ВПР спинного мозга и позвоночника (таблица 1).

Таблица 1 — Частота встречаемости дизрафических ВПР среди вскрытий абортированных плодов

Год	Количество вскрытий абортированных плодов	Число случаев дизрафических пороков развития	
		абс.	%
2014	165	12	7,2
2015	140	16	11,4
2016	175	13	7,4
2017	173	23	13,3
2018	146	12	8,2

Классификация дизрафических пороков развития учитывает характер нарушения спинного мозга и степень повреждения кожных покровов и мягких тканей в области дефекта. Различают несколько типов таких пороков.

1. Полный рахисхиз — расщелина позвонков с дефектом мозговых оболочек и мягких покровов, не сопровождающаяся кистозным компонентом и выпячиванием образования над кожей. Спинной мозг лежит в области дефекта открыто и имеет вид деформированной тонкой пластинки или желоба. Локальный рахисхиз обычно характеризуется вовлечением в патологический процесс 3–5 позвонков, тотальные и субтотальные формы могут затрагивать почти все позвонки [3].

2. Кистозная расщелина позвоночника (spina bifida cystica). В области расщелины имеется грыжевой мешок различных размеров, стенка которого представлена кожей и мягкой мозговой оболочкой. Твердая мозговая оболочка сохранена лишь у основания мешка и плотно сращена в этой области с подлежащими тканями. Если в грыжевом мешке находится спинномозговая жидкость, то такой порок называется менингоцеле, а при наличии и спинного мозга — менингомиелоцеле. Менингоцеле обычно характеризуется вовлечением в патологический процесс 2–3 позвонков, менингомиелоцеле — от 3 до 6–8 позвонков [3].

3. Скрытая расщелина позвоночника (spina bifida occulta). При этой форме грыжевидного выпячивания нет, а дефект закрыт неизменными мышцами и кожей [2].

Структура и локализация дефектов при полных формах рахисхиза и скрытых и кистозных расщелин позвоночника была представлена следующим образом (таблица 2).

Таблица 2 — Частота встречаемости различных типов дизрафических ВПР

Тип дизрафического порока	Число случаев (n = 76)	
	абс.	%
Рахисхиз		
Шейный отдел	5	6,6
Шейно-грудной отдел	2	2,6
Шейно-поясничный отдел	3	3,9
Грудо-поясничный отдел	4	5,3
Грудо-пояснично-крестцовый отдел	10	13,2
Пояснично-крестцовый отдел	25	32,9
Тотальный рахисхиз	7	9,2
Кистозная расщелина позвоночника		
Менингоцеле	17	22,4
Менингомиелоцеле	1	1,3
Скрытая расщелина позвоночника	2	2,6

Варианты рахисхиза с локализацией изменений в шейном, шейно-грудном, и шейно-грудно-поясничном отделах во всех случаях сочеталась с анэнцефалией, тотальная форма — в 5 случаях с анэнцефалией и в 2 — с экзэнцефалией, остальные формы в 16 случаях с врожденной внутренней гидроцефалией и в 1 случае — с черепно-мозговой грыжей (менингоэнцефалоцеле).

Кистозные и скрытые расщелины позвоночника во всех случаях локализовались в пояснично-крестцовых отделах, в 6 случаях сочетались с врожденной внутренней гидроцефалией и в 1 случае — с диастематомиелией.

Выводы

1. По данным ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро» за период с 2014 по 2018 гг. в структуре всех ВПР дизрафические пороки спинного мозга и позвоночника занимают одно из ведущих мест, составляя около 13,3 % от всех случаев прерывания беременности по медико-генетическим показаниям.

2. В большинстве случаев локализация кистозных расщелин позвоночника и полного рахисхиза отмечалась в нижних отделах позвоночного столба.

3. Дизрафические пороки позвоночника и спинного мозга в 53,9 % сочетались с другими пороками ЦНС.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кашина, Е. В.* Клинико-функциональные особенности ВПР ЦНС у плодов / Е. В. Кашина. — Владивосток, 2007.
2. *Лазюк, Г. И.* Тератология человека / Г. И. Лазюк. — М.: Медицина, 1991. — 480 с.
3. *Недзьведь, М. Н.* Врожденные пороки ЦНС / М. Н. Недзьведь. — М.: Наука и техника, 1996. — 250 с.

УДК 616.33-006.6-036.22:611.33(476.2) «2015/2017»

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРСТНЕВИДНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА ЖЕЛУДКА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2015–2017 ГГ.

Голоенко Е. С.

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние годы отмечен значительный рост заболеваемости и смертности от новообразований желудка, среди которых остается наименее изученным перстневидно-клеточный рак (ПКР). Перстневидно-клеточный рак желудка — это одна из форм онкологии, которая поражает внутренние стенки органа и под микроскопом можно видеть скопления злокачественных клеток со слизью. Агрессивный рост и деление клеток приводят к быстрому росту карциномы и ее распространению на соседние органы [1]. Для него характерно: высокий процент раннего рака, низкая частота метастазов в лимфатические узлы при опухолях T1–2, высокая частота метастазирования непосредственно в перигастральную клетчатку, по брюшине и в яичники, низкая частота метастазов в печень. При опухолях T1–2 выживаемость после хирургического лечения перстневидно-клеточного рака лучше, чем при других морфологических формах, и резко ухудшается, если опухоль прорастает в серозную оболочку желудка [3].

Цель

Изучить эпидемиологию и морфологию перстневидно-клеточного рака желудка за период 2015–2017 гг.