

циклину и тетрациклину, а в грудном молоке еще и к офлоксацину. В отделяемом язв 100 % устойчивость выявлена к ампициллину и цефтриаксону. К остальным антибиотикам в этом эпителии, чувствительность составила выше 50 %.

Штаммы *Staphylococcus Saprophyticus* из отделяемого глаз, носоглоточной слизи, отделяемое раны были чувствительны к имипенему (100 %), офлоксацину (100 %) и доксициклину (100 %). Наиболее устойчивы штаммы *Staphylococcus Saprophyticus* оказались в отделяемом раны к амоксициллину, фамотидину, цефалексину, цефоперазону и ампициллину (устойчивость 100 %).

При определении чувствительности штаммов *Staphylococcus aureus* была обнаружена наибольшая чувствительность к имипенему (99 %), офлоксацину (более 73 %), доксициклину (72 %) и ципрофлоксацину (75 %). Наименьшая чувствительность к амоксициллину, цефатоксиму, цефалексину и цефоперазону (чувствительность менее 50 %), а к антибиотикам ампициллин и фамотидин, практически во всех эпителиях *Staphylococcus aureus* показал полную устойчивость.

Получены статистически значимые отличия в чувствительности при сравнении штаммов *Staphylococcus Epidermididis* и *Staphylococcus aureus* в носоглоточной слизи к Доксициклину (чувствительность *Staphylococcus Epidermididis* 92,2 %; *Staphylococcus aureus* 86 %; Fisher exact p, one-tailed p = 0,0105) и Тетрациклину чувствительность *Staphylococcus Epidermididis* 72,4 %; *Staphylococcus aureus* 57 %; Fisher exact p, one-tailed p = 0,0045).

#### **Выводы**

Все штаммы *Staphylococcus* высоко чувствительны к имипенему и доксициклину. Штаммы *Staphylococcus Saprophyticus* и *Staphylococcus aureus* показали 100 % чувствительность к Офлоксацину. При сравнении различных видов стафилококков к антибиотикам были выявлены различия чувствительности между штаммами *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus aureus* и между *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus Saprophyticus*. Получены статистически значимые отличия в чувствительности при сравнении штаммов *Staphylococcus Epidermididis* и *Staphylococcus aureus* в носоглоточной слизи к препаратам группы тетрациклина.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Поздеев, О. К. Медицинская микробиология: учебное пособие / О. К. Поздеев; под ред. В. И. Покровского. — 4-е изд., стер. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 281–282.
2. Гречко, В. А. Антибиотикочувствительность штаммов возбудителей, выделенных от больных с гнойно-воспалительными процессами / В. А. Гречко // Провизор. — 1999. — № 1.
3. Аннотация к использованным реактивам «Интерпретация размеров зон задержки роста согласно CLSI» — январь 2009 г. (Результаты получены при использовании агара Мюллера-Хинтона). HiMedia Laboratories Pvt. Limited. УДК 616 – 006.2 – 091.

### **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРАТОМ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ**

**Цыкунова А. С.**

**Научный руководитель: А. В. Мишин**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Тератома — опухоль, состоящая из тканей нескольких типов, производных одного, двух или трех зародышевых листков, присутствие которых не свойственно тем органам и анатомическим областям организма, в которых развивается опухоль. По современным пред-

ставлениям, тератома относится к группе герминогенных опухолей. Герминогенные опухоли развиваются из полипотентного (являющегося источником развития любых тканей организма), высокоспециализированного герминогенного эпителия гонад, способного подвергаться соматической и трофобластической дифференцировке и быть гисто-генетическим источником разнообразных по строению опухолей. Тератома, как и другие герминогенные опухоли, может первично локализоваться в яичниках, а также располагаться экстрагонадно. Тератомы делятся на три подтипа — зрелые, незрелые и со злокачественным компонентом, кроме того, по строению выделяют солидные и кистозные тератомы [1].

Тератомы яичников составляют около 20 % всех опухолей этого органа у женщин в детородном возрасте, а экстрагонадные тератомы чаще всего встречаются в детском возрасте с частотой 1:40 000 рождений и локализуются в крестцово-копчиковой области [1, 2].

### **Цель**

Изучение морфологических особенностей тератом различных локализаций.

### **Материалы и методы исследования**

В данном исследовании использовались материалы патологоанатомического научно-практического отделения общей и специализированной патологии ГУЗ «Гомельское областное патологоанатомическое бюро» за 2006–2013 гг. Были проанализированы протоколы вскрытий абортусов, на аутопсии которых были выявлены тератомы, а также результаты гистологического исследования операционного материала с патологией яичников.

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

За данный период было выявлено 8 случаев тератом у абортированных плодов и 124 случая тератом яичников в операционном материале.

Во всех случаях у плодов тератомы имели крестцово-копчиковую постсакральную локализацию, выглядели в виде узлов размерами от 2 до 20 см в диаметре, с гладкой или бугристой поверхностью. На разрезе они были неоднородными, представлены тяжистой, белесовато-серой тканью, содержащей очаги хрящевой и костной плотности, мелкие кисты, заполненные прозрачной жидкостью, слизью, сыровидными или хлопьевидными белковыми массами, кровянистой жидкостью. Микроскопически тератомы имели солидное строение и состояли в основном из тканей эктодермального происхождения: эпидермиса со всеми его производными (волосы, сальные и потовые железы), глиоподобной ткани, полостей, выстланных эндимой, хориоидоподобных сплетений и ганглиозных клеток. Реже выявлялся мезодермальный компонент в виде очагов соединительной, жировой и хрящевой ткани, поперечно-полосатой и гладкомышечной ткани и энтодермальные производные в виде образований, напоминающих кишечную трубку и респираторный тракт.

Тератомы яичников в 119 случаях имели односторонний процесс, и в 5 — двусторонний. Макроскопически были представлены опухолевым кистозным образованием от 2,5 до 14 см в диаметре с гладкой поверхностью. На разрезе опухоли имели вид одно- или многокамерных кист, заполненных мутной серо-желтой жидкостью, слизью, кашицеобразным, сальным содержимым, в просвете кист определялись волосы, фрагменты хряща.

Микроскопически во всех случаях имели строение зрелой кистозной тератомы. В различных комбинациях в стенке кисты встречались дифференцированные ткани, главным образом производные эктодермы, наиболее часто — кожа, потовые и сальные железы, фолликулы волос, реже — хрящ, кости, гладкие мышцы и ткани ЦНС.

### **Выводы**

1. У абортированных плодов во всех случаях наблюдались крестцово-копчиковые тератомы с постсакральной локализацией и солидным строением.

2. В яичниках в исследуемом материале во всех случаях были выявлены зрелые кистозные тератомы с преимущественно односторонним процессом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Опухоли и опухолеподобные процессы у детей: классификация, морфология, гистогенез, молекулярная биология / Е. Д. Черствой [и др.]; под ред. Е. Д. Черствого [и др.]. — Минск: Асар, 2002. — 400 с.
2. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: руководство: в 2 т. / под ред. Н. А. Краевского, А. В. Смольяникова, Д. С. Саркисова. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1993. — Т. 2. — 688с.

УДК 618.396:[618.3+616.1/4]-071/1

## ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО И СОМАТИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

*Цырульникова Е. В.*

Научный руководитель: ассистент *Е. Л. Лашкевич*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Причины невынашивания беременности многочисленны и разнообразны [1, 2]. Гинекологические заболевания и экстрагенитальная патология занимают важное место в числе предполагаемых причин преждевременных родов. В 40–50 % преждевременных родов установить их причину не удается [3].

### **Цель**

Изучить особенности акушерско-гинекологического и соматического анамнеза у женщин с преждевременными родами.

### **Материалы и методы исследования**

В ходе исследования ретроспективно изучено 137 историй родов женщин, родоразрешенных в УЗ «Гомельская областная клиническая больница». Основную группу составили 104 пациентки, родившие в сроке гестации 25–36,6 недель. В группу контроля вошли 33 женщины со сроком гестации 37–40 недель. В ходе исследования изучали соматический и акушерско-гинекологический анамнез родильниц. Рассчитывали статистические показатели:  $p, \%$ ;  $Sp, \%$ ;  $\chi^2$ .

### **Результаты исследования**

Возраст женщин основной группы составил  $26,8 \pm 6,3$  лет, группы контроля —  $27,4 \pm 5,0$  лет, статистически значимых различий по возрасту между группами нет. Срок гестации на момент родоразрешения в 1-й группе  $32,0 \pm 3,3$  недель, во 2-й —  $39,0 \pm 0,9$  недели.

Беременности в анамнезе были у  $56,7 \pm 4,9 \%$  женщин с преждевременными родами и у  $66,7 \pm 8,2 \%$  женщин со срочными родами. В основной группе среди повторно-беременных женщин преобладали пациентки, в анамнезе которых 2 беременности и более ( $56,7 \pm 4,9 \%$ ,  $p < 0,001$ ). В основной группе реже ( $p = 0,006$ ), чем в контрольной, встречаются женщины с единственной беременностью в анамнезе —  $17,3 \pm 3,7 \%$  и  $42,4 \pm 8,6 \%$  соответственно.

Большинство женщин основной группы являлись первородящими — 63 ( $60,6 \pm 4,8 \%$ ,  $p = 0,004$ ). В группе контроля число перво- и повторнородящих значимо не различалось.

Медицинские аборт в анамнезе были у  $33,7 \pm 4,6 \%$  женщин с преждевременными родами и у  $27,3 \pm 7,8 \%$  женщин, родивших в срок. Самопроизвольное прерывание беременности перенесли  $19,2 \pm 3,9 \%$  женщин основной группы и  $12,1 \pm 5,7 \%$  группы контроля.

Гинекологические заболевания диагностированы у большинства беременных ( $p < 0,001$ ) независимо от срока гестации при родоразрешении. В основной группе было 73 ( $70,2 \pm 4,5 \%$ ) женщины с осложненным гинекологическим анамнезом, в контрольной — 28 ( $84,9 \pm 6,2 \%$ ). Самым распространенным гинекологическим заболеванием в обеих