

Локализация двух наиболее часто встречаемых видов невусов оказалась довольно разнообразной (таблица 2).

Таблица 2 – Локализация внутридермального и сложного невусов

	Внутридермальный папилломатозный меланоцитарный	Сложный папилломатозный меланоцитарный
Голова	15	11
Туловище	43	30
Верхние конечности	7	7
Нижние конечности	4	3
Наружные половые органы	10	3
Множественные	1	7

По частоте встречаемости преобладала зона туловища (73 пациента – 51,7% (область спины – 23 (31,5%), область грудной клетки – 16 (21,9%), область передней брюшной стенки – 14 (19,17%)), голова (26 пациентов – 18,4% (лицо – 11 (42,3%), волосистая часть головы – 8 (30,7%)), верхние конечности (14 пациентов – 9,9%), нижние конечности (7 пациентов – 4,96%), наружные половые органы (13 пациентов – 9,2% (вульва – 6 (46,15%), наружные половые губы – 5 (38,46)), множественные (8 пациентов – 5,67%).

Выводы

1. Наиболее распространёнными типами невусов являются внутридермальный папилломатозный меланоцитарный (24%), сложный папилломатозный меланоцитарный (18,3%).
2. По гендерному признаку установлено, что у женщин невусы встречаются чаще в 2,7 раз, чем у мужчин.
3. Наиболее частой локализацией невусов является область спины (16%).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Адаскевич, В. П.* Дерматовенерология / В. П. Адакевич. – М. : Мед. лит., 2019. – 408 с.
2. *Козловская, В. В.* Новообразования кожи: патогенез, клиника, диагностика, лечение : учеб.-метод. пособие для студентов лечебного, медико-диагностического факультетов, клинических ординаторов и врачей-стажеров / В. В. Козловская, Л. А. Порошина, Е. А. Хайкова. – Гомель : ГомГМУ, 2011. – 44 с.
3. *Опухоли и опухолеподобные процессы у детей: классификация, морфология, гистогенез, молекулярная биология* / Е. Д. Черствой, Г. И. Кравцова, А. В. Фурманчук [и др.]; под ред. Е. Д. Черствого [и др.]. – Мн. : ООО «Асар», 2002. – 400 с.

УДК 616-091-053.13-022

А. А. Колесникова, Е. Ю. Плющенко

Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Введение

Инфекционные болезни являются одной из главных причин как заболеваемости, так и смертности среди новорожденных детей. Высокую распространенность ВУИ обуславливает то, что взрослое население высоко инфицировано различными простейшими, бактериями и вирусами. Плод во время беременности/родов подвергается патогенному действию микроорганизмов, вследствие чего это может приводить

к различным нарушениям в виде формирования разнообразных органных пороков, персистенции микроорганизмов в постнатальном периоде, развитию тяжелого инфекционного воспаления и в том числе к смерти плода или новорожденного [1, 2].

У новорожденных детей обменные процессы и местный иммунитет несовершенны, кожные покровы и слизистые оболочки обеспечивают недостаточную защиту от инфекции, что приводит к беспрепятственному проникновению возбудителя в макроорганизм, что в свою очередь может являться фактором развития генерализованной инфекции [3, 4, 5].

Цель

Изучить нозологическую структуру и морфологические особенности внутриутробных инфекций.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили данные протоколов патологоанатомических вскрытий детей, проведенных в 2020–2024 гг. в отделении детской и перинатальной патологии ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро». Патологоанатомические вскрытия проводились по общепринятым методикам. Для верификации возбудителя проводился забор фрагментов внутренних органов для бактериологического и вирусологического исследования. Для микроскопического исследования ткани внутренних органов фиксировались в 10% растворе формалина с последующей заливкой в формалин по стандартной методике. Гистологические срезы окрашивались гематоксилином и эозином. Изучение микропрепаратов проводилось с помощью световой микроскопии, на микроскопе Karl Zeiss Axiostar plus.

Результаты исследования и их обсуждение

За данный период было выявлено 10 случаев внутриутробных инфекций. В 7 случаях (70%) дети были мужского пола и в 3 (30%) – женского. Спектр инфекционной патологии был представлен следующим образом (таблица 1).

Таблица 1 – Нозологическая структура внутриутробных инфекций

№ п/п	Возраст	Пол	Срок гестации	Патологоанатомический диагноз
1	2 сут 19 час	м	32 нед	Генерализованная внутриутробная инфекция с поражением лёгких (врожденная серозно-гнойная пневмония), печени (фетальный гепатит), почек (врожденный интерстициальный нефрит), головного мозга (врожденный серозный менингоэнцефалит).
2	5 сут 19 час	м	27 нед	Врожденная гнойная пневмония
3	3 часа	м	32 нед	Генерализованная внутриутробная инфекция смешанной вирусно-бактериальной этиологии с поражением легких (врожденная серозно-десквамативная пневмония), печени (фетальный гепатит), головного мозга (врожденный серозный менингоэнцефалит).
4	5 сут	м	33 нед	Генерализованная внутриутробная инфекция с поражением легких (врожденная серозно-десквамативная пневмония), печени (фетальный гепатит).
5	1 сут 6 час	м	39 нед	Генерализованная внутриутробная инфекция с поражением легких (врожденная серозная пневмония), печени (фетальный гепатит), сердца (врожденный межжелудочковый миокардит).
6	4 сут 7 час	ж	27 нед	Врожденная гнойная пневмония смешанной этиологии.

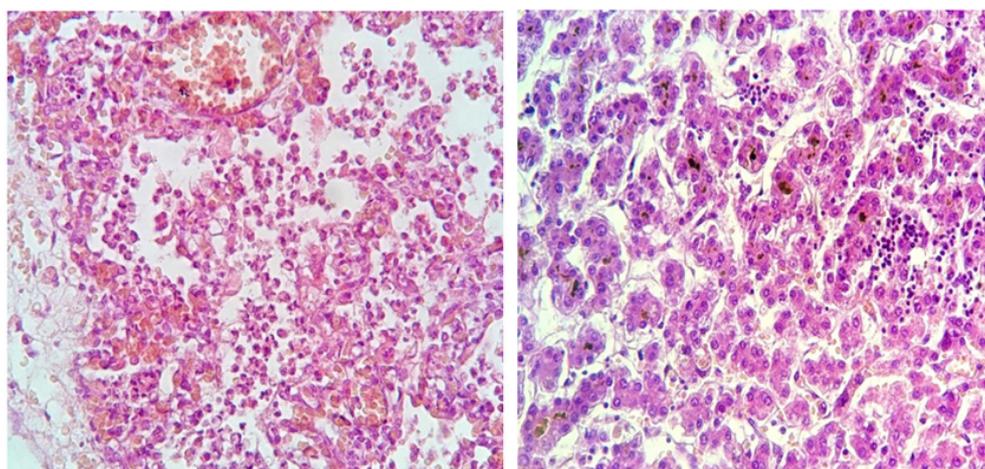
Окончание таблицы 1

№ п/п	Возраст	Пол	Срок гестации	Патологоанатомический диагноз
7	1 сут 20 час	м	39 нед	Генерализованная внутриутробная инфекция смешанной вирусно-бактериальной этиологии с поражением легких (врожденная серозно-десквамативная пневмония), печени (фетальный гепатит), сердца (врожденный альтеративный миокардит), почек (врожденный интерстициальный нефрит), головного мозга (врожденный продуктивный менингоэнцефалит).
8	1 сут	м	34 нед	Врожденная гнойная пневмония неуточненной этиологии
9	11 час	ж	40 нед	Врожденная гнойная пневмония бактериальной этиологии
10	8 сут 18 час	ж	38 нед	Генерализованная внутриутробная инфекция смешанной вирусно-бактериальной этиологии с поражением легких (врожденная серозно-десквамативная пневмония), сердца (врожденный альтеративный миокардит).

Данная патология чаще встречалась у недоношенных детей, в 6 случаях, соответственно, в 4 случаях инфекция наблюдалась у доношенных детей.

В результате проведенного анализа в патологоанатомическом диагнозе в качестве основного заболевания чаще выступали генерализованные формы внутриутробной инфекции (60%), реже – врожденные пневмонии вирусно-бактериальной этиологии (40%).

Поражение внутренних органов при генерализованных формах внутриутробных инфекций носило разнообразный характер, чаще в патологический процесс были вовлечены легкие – в 100% случаев (рисунок 1а), печень (с развитием фетального гепатита) – в 83% (рисунок 1б), сердце (альтеративный либо интерстициальный миокардит) и головной мозг (продуктивный менингоэнцефалит) в 50% соответственно и почки, с развитием интерстициального нефрита – в 33% случаев.



а

б

Рисунок 1 – Морфологические внутренних органов, микроскопическая картина: а – гнойная пневмония. Окраска: гематоксилином и эозином. Увеличение: × 200; б – фетальный гепатит. Окраска: гематоксилином и эозином. Увеличение: × 200

Во всех случаях наблюдались различной степени выраженности воспалительные изменения со стороны последа, чаще в виде диффузного гнойного хориодецидуита, хориоамнионита, гнойного плацентарного и париетального мембранита, омфаловаскулита и фуникулита. При недоношенной беременности также отмечались различные варианты патологической незрелости плаценты (вариант эмбриональных ворсин, вариант

диссоциированного созревания ворсин, облитерирующая эндангиопатия), морфологические признаки хронической плацентарной недостаточности с умеренно или резко выраженными компенсаторно-приспособительными реакциями.

Выводы

1. В структуре внутриутробных инфекций чаще наблюдались генерализованные формы.

2. Из поражения внутренних органов во всех случаях наблюдались пневмонии, несколько реже отмечалось поражение печени сердца и головного мозга.

3. Внутриутробные инфекции чаще наблюдались у недоношенных детей, во всех случаях сочетаясь с воспалительными изменениями последа.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стома, И. О. Детские инфекционные болезни : учебник для студентов специальностей «Лечебное дело», «Медико-профилактическое дело» / И. О. Стома [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2023. – 418 с.
2. Учайкин, В. Ф. Инфекционные болезни у детей : учебник / В. Ф. Учайкин, О. В. Шамшевой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021.
3. Детские инфекционные болезни : учебник / В. М. Цыркунов [и др.]. ; под ред. В. М. Цыркунова, А. А. Астапова. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2024 – 544 с.
4. Куличковская, И. В. Внутриутробные инфекции плодов и новорожденных. / И. В. Куличковской, В. Ф. Ерёмин // Медицинские новости. – 2004. – № 6. – С. 17–21.
5. Инфекционные болезни у детей : учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов ; под ред. проф. В. Н. Тимченко и проф. Л. В. Быстряковой. – СПб. : СпецЛит, 2001. – 560 с.
6. Кузьменко, Л. Г. Детские инфекционные болезни : учебник / Л. Г. Кузьменко, Д. Ю. Овсянников, Н. М. Киселёва. – М. : Издательский центр «Академия», 2009. – 528 с.

УДК 616.33-002.2-091

А. Л. Кротова, Д. Д. Филиппова

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ГРЕЙДИРУЕМЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТАХ

Введение

В настоящее время хронический гастрит (ХГ) является одной из ведущих патологий в гастроэнтерологии. Вследствие этого, актуальность морфологической диагностики хронических гастритов возросла [1]. Основными этиологическими факторами развития хронического гастрита являются инфицирование *Helicobacter pylori*, аутоиммунные процессы, дуодено-гастральный рефлюкс. Также на развитие ХГ влияют следующие факторы: стресс, курение, потребление алкоголя, нарушение питания, метаболический синдром, хронические инфекции, длительный прием салицилатов, преднизолона и других препаратов [2].

Хронический гастрит – это особое заболевание. Его особенность заключается в морфологических изменениях, которые происходят в слизистой желудка. Классическое воспаление, состоящее из альтерации, экссудации в виде клеточного инфильтрата и стромального отека и пролиферации. Но исходом любого воспаления является организация – замещение соединительной тканью пораженного участка [3]. Для слизистой оболочки желудка это означает развитие атрофии желез, которая приводит к необратимым последствиям, из-за которых нарушается качество жизни пациентов. Также, кроме замещения