

редь поражают паренхиматозные и мезенхимальные структуры в перипортальных сферах. Именно в этом выражении было обнаружено, что ответная реакция на поступление чужеродных веществ иммунокомпетентными клетками запускается умеренным путем, а образование вторичных лимфоидных фолликулов является ответной реакцией на селезенку нелеченых крыс первой группы. Поскольку метаболические изменения во внутренних органах при воздействии токсических веществ в нашей работе должны были проявляться нереактивностью лимфоидных фолликулов в селезенке, но использованная нами единица дозы 2 капли антиоксиданта доказала, что эти патоморфологические изменения не проявлялись.

Выводы

В результате исследования установлено, что у больных всех групп имеется умеренный перипортальный фиброз и лимфоцитарная инфильтрация портальных трактов, жировая дистрофия различной степени выраженности.

Наряду с повреждением в ткани печени наблюдались компенсаторно-приспособительные процессы в виде увеличения количества двуядерных гепатоцитов, увеличения ядра и ядерно-цитоплазматического отношения в клетках.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Structural changes in regional lymph nodes in experimental pulmonary fibrosis / K. Dilmurod [et al.] // Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2022. – Т. 3. – № 3. – С. 488–494.
2. Фиброз печени: современные принципы диагностики / А. К. Дуда [и др.] // Актуальная инфектология. – 2014. – № 3(4). – С. 59–65.
3. Changes In The Morphology Of The Liver And Spleen In The Occurrence Of Experimental Fibrosis In The Lungs / Khojiev Dilmurod Yakshievich, Khalimova Dilrabo Jalilovna // Journal of Pharmaceutical Negative Results. – 2022. – Vol. 13. – P. 1183–1194.

УДК 618.312-076(476.2)

З. В. Раковская, А. В. Ткачук

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры Зин Г. В. Тищенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ДАННЫМ СВЕТОВОЙ МИКРОСКОПИИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Внематочная (трубная или эктопическая) беременность (ВБ) – заболевание, при котором плодное яйцо локализуется вне полости матки, в частности в полости маточной трубе [1].

Она представляет серьезную опасность для здоровья и жизни женщины, так как чаще прерывается на ранних сроках, сопровождаясь внутрибрюшным кровотечением, и становится причиной перитонита. При запоздалой диагностике, без оказания неотложной помощи ВБ может стать одной из причин материнской смертности. Кроме непосредственной угрозы жизни, ВБ опасна своими отдаленными последствиями, такими как развитие спаечного процесса в области малого таза, вторичным бесплодием, повторной ВБ и другими [2].

Особую актуальность представляет проблема «первой» внематочной беременности, поскольку более чем у 50 % женщин после хирургического лечения нарушается репродуктивная функция, а частота повторных эктопических нидаций составляет 7–17 %. В связи с этим сохранение репродуктивной функции после эктопической беременности представляет важную медико-социальную проблему [3].

В норме оплодотворение яйцеклетки происходит в ампулярном отделе маточной трубы, и затем оплодотворенная яйцеклетка продвигается в полость матки, где и происходит имплантация плодного яйца. Транспортная функция маточных труб зависит от многих факторов: гормональной функции яичников и введенных экзогенно гормонов, полноценности всех слоёв стенки маточной трубы, состояния кровоснабжения и иннервации внутренних половых органов. Таким образом, нарушение нормального механизма транспортировки оплодотворенной яйцеклетки может привести к внематочной беременности [4].

Прерывание трубной беременности происходит либо по типу трубного аборта, либо по типу разрыва трубы. Патогенез трубного аборта, описанный более 50 лет назад, заключается в следующем: рост плодного яйца приводит к растяжению просвета маточной трубы, локальному увеличению ее размеров и истончению и/или повреждению слизистой оболочки, покрывающей плодное яйцо со стороны просвета трубы [5].

При этом прогрессирование беременности сопровождается достаточно быстрым разрушением кровеносных сосудов маточной трубы ворсинами хориона, в результате которого между плодным яйцом и плодместилищем формируются кровоизлияния и нарушается кровоснабжение зародыша. Из-за внутреннего разрыва плодместилища и постепенной отслойки от стенки фаллопиевой трубы плодное яйцо погибает. Антиперистальтические сокращения мышечного слоя стенки трубы изгоняют плодное яйцо из просвета трубы в брюшную полость [3, 5].

Процесс прерывания беременности сопровождается кровотечением в просвет трубы, откуда кровь проникает в брюшную полость через брюшное отверстие. По аналогии с маточной беременностью выделяют полный трубный аборт (плодное яйцо полностью отделяется от стенки маточной трубы и в дальнейшем целиком изгоняется в брюшную полость) и неполный трубный аборт (связь между плодным яйцом и плодместилищем или между плодным яйцом и фимбриями частично сохраняется) [2, 5].

Пациенты с внематочной беременностью составляют от 1 до 6 % от общего числа пациенток в гинекологии, что в целом соответствует 2 из 100 беременностей в популяции. Наиболее часто встречается трубная беременность (98,5–99,5 %). Значительно реже – яичниковая (0,2 %), брюшная (0,11 %) и беременность в рудиментарном роге матки (0,19 %) [6].

Цель

Изучить морфологические изменения при трубной беременности у женщин разных возрастных групп по данным световой микроскопии.

Материал и методы исследования

Объектом исследования послужили гистологические препараты маточных труб и патогистологические заключения 94 пациенток с клинически подтвержденной трубной беременностью.

Морфологические изменения анализировали при увеличении микроскопа от 40 до 400 крат. Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программе Microsoft Excel 2016. Для определения статистической значимости использовались методы непараметрической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст пациенток составил от 16 до 42 лет (рисунок 1). Средний возраст пациенток 31 год. Медиана составила 31 год, а межквартильный размах – 12 лет.

В 57 (60,6 %) случаях трубная беременность была левосторонней. Из них трубная беременность в возрастном промежутке 16–20 лет – 2 (2,13 %), 21–25 лет – 10 (10,64 %), 26–30 лет – 17 (18,09 %), 31–35 лет – 16 (17,023 %), 36–40 лет – 10 (10,64 %), 41–42 года – 2 (2,13 %).

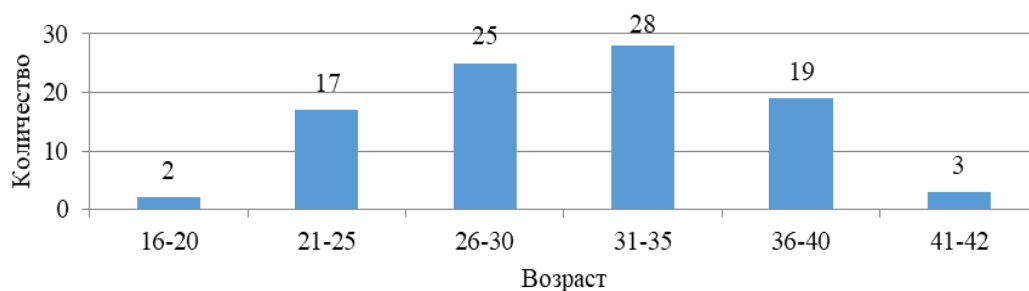


Рисунок 1 – Возрастные группы

35 рассмотренных случаев – правосторонняя трубная беременность (37,23 %). Из них в возрастном промежутке 21–25 лет – 7 (7,44 %), 26–30 лет – 8 (8,51 %), 31–35 лет – 11 (11,703 %), 36–40 лет – 8 (8,51 %), 41–42 года – 1 (1,06 %).

В 2 патогистологических заключениях не была указана информация о расположении эмбриона.

При анализе гистологических изменений ворсин хориона в 9 (9,57 %) случаях они отсутствовали, в 35 (37,23 %) случаях не было признаков патологических изменений, и они соответствовали сроку гестации; склероз наблюдался в 21 (22,34%), отёк – в 22 (23,4 %), некроз – в 7 (7,45 %) случаях.

Отложение фибриноида между ворсинами имеется в 22 (23,4 %) случаях. Атрофия стенки трубы наблюдается в 31 (32,98 %), ее склероз в 25 (26,6 %), а воспаление в 6 (6,38 %) случаях. У 29 (30,85 %) пациенток выявлена атрофия ворсинок трубы, а ее склероз у 14 (14,89 %) исследованных женщин. Также в 48 (51,06 %) случаях были выявлены кровоизлияния в стенке.

Из 94 изученных нами случаев трубной беременности в 9 не были найдены ворсины (9,57 %), из них в 3 случаях не был определен трофобласт (3,19 %). Соответственно, в 3,19 % рассмотренных карт трубная беременность не была подтверждена гистологически.

Выводы

По итогам анализа морфологических изменений при трубной беременности выявлено, что левосторонняя трубная беременность чаще встречается, чем правосторонняя.

Наиболее частые патогистологические изменения – склероз и отёк ворсин хориона (22,3 и 23,2 % соответственно), отложение фибриноида между ворсинами (23,4 %), атрофия стенки трубы (32,98 %), склероз стенки трубы (26,6 %), воспаление стенки трубы (6,38 %), атрофия ворсинок трубы (30,85 %), склероз ворсинок трубы (14,89 %), кровоизлияния в стенке (51,06 %). В ходе работы было выявлено 3 случая трубной беременности, не подтвержденной гистологически.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волгина, В. Ф. Внематочная беременность как причина материнской смертности / В. Ф. Волгина, В. В. Волковицкая // Российский вестник акушера-гинеколога. – 1997. – Т. 2. – С. 23–25.
2. Аникин, С. С. Этиопатогенез трубной беременности и ее влияние на репродуктивное здоровье женщин / С. С. Аникин, И. В. Лившиц, А. Н. Рыбалка // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2012. – № 3–4. – С. 4–9.
3. Трубная беременность: современные методы диагностики и лечения / И. Э. Тварадзе [и др.] // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. – 2009. – Т. 9. – № 4–2 (28). – С. 95–98.
4. Пересада, О. А. Внематочная беременность / О. А. Пересада // Медицинские новости. – 2007. – Т. 1, № 2. – С. 7–17.
5. Давыдов, А. И. Внематочная беременность / А. И. Давыдов, М. Н. Шахламова, М. А. Стрижакова, И. А. Клиндухов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. – Т. 2, № 3. – С. 45–55.
6. Матвеев, А. М. Современные технологии и эктопическая беременность / А. М. Матвеев // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4. – С. 91.