

УДК 618.34:618.39 – 021.3

**ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ
ИЗМЕНЕНИЙ ПОСЛЕДОВ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ АБОРТАХ**

Соц Т. Л.

Научный руководитель: ассистент А. В. Мишин

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

Введение

Самопроизвольное прерывание беременности (самопроизвольный аборт) — патология, при которой вынашивание плода внезапно прекращается на стадии, когда плод еще неразвит и нежизнеспособен. В зависимости от срока самопроизвольного прерывания беременности выделяют ранний (до 12 недель гестации) и поздний (с 12 по 22 неделю гестации) выкидыши. Проблема самопроизвольных выкидышей является одной из наиболее значимых клинических форм невынашивания беременности, привлекающих внимание акушеров-гинекологов и патологоанатомов. Несмотря на значительные усилия, направленные на профилактику и предотвращение данной патологии, частота самопроизвольных прерываний беременности длительное время остаётся постоянной и не зависит от успехов фармакотерапии [1, 2].

Цель

Изучение патоморфологических изменений последа при самопроизвольных абортах.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили результаты патоморфологических исследований 742 последов при самопроизвольных абортах в сроке беременности от 11 до 22 недель, проведенных в 2014–2018 гг. ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро».

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного гистологического исследования последов при самопроизвольных абортах ведущими морфологическими признаками являлись изменения дисциркуляторного и воспалительного характера (таблицы 1, 2).

Таблица 1 — Структура дисциркуляторных изменений последа

Показатель	Количество случаев (n = 742)	
	абс.	отн. (%)
Гиперемия	505	68,1
Кровоизлияния	464	62,5
Интервиллезные тромбы	36	4,9
Инфаркты плаценты	49	6,6
Ретроплацентарная гематома	136	18,3

Таблица 2 — Структура воспалительных изменений последа

Показатель	Количество случаев (n = 742)	
	абс.	отн. (%)
Мембранит	418	56,4
Плацентарный хориоамнионит	19	2,6
Плацентарный хориодецидуит	62	8,3
Париетальный хориоамнионит	44	5,9
Париетальный хориодецидуит	239	32,2

Окончание таблицы 2

Показатель	Количество случаев (n =742)	
	абс.	отн. (%)
Субхориальный интервиллезит	49	6,6
Центральный интервиллезит	65	8,8
Базальный интервиллезит	112	15,1
Базальный децидуит	429	57,8
Виллузит	257	34,6
Омфаловаскулит	206	27,8
Фуникулит	73	9,8

Дисциркуляторные изменения характеризовались нарушениями как маточно-плацентарного, так и плацентарно-фетального кровообращения и были представлены кровоизлияниями в межворсинчатое пространство и строму ворсин, гиперемией сосудов ворсин, интервиллезными тромбами и инфарктами плаценты.

Воспалительные изменения в последе отражали восходящий и гематогенный путь инфицирования. При восходящем пути инфицирования (через цервикальный канал шейки матки в полость амниона) в последе наблюдались мембранит, плацентарный и париетальный хориоамнионит и хориодецидуит (так называемый амниотический тип воспаления). Показателем гематогенного пути инфицирования (через спиральные артерии отпадающей оболочки) являлись виллузит, субхориальный, центральный и базальный интервиллезит, базальный децидуит и омфаловаскулит (паренхиматозный тип воспаления).

Париетальный и плацентарный хориоамнионит и хориодецидуит характеризовались воспалительной клеточной инфильтрацией соответствующих частей оболочек плаценты, а мембранит — тотальным поражением всех частей. По характеру экссудата воспаление чаще было гнойным, охватывающим все слои плодных оболочек с деструктивными изменениями децидуальной ткани и париетального трофобласта и крупноочаговыми скоплениями полиморфноядерных лейкоцитов, реже — серозным, с умеренно выраженной лейкоцитарной инфильтрацией в области децидуального и трофобластического слоев плодных оболочек без деструктивных изменений.

Базальный децидуит характеризовался периваскулярными лейкоцитарными инфильтратами, эндovasкулитами, отеком, дисконфлексацией и очаговыми некрозами децидуальной ткани с вовлечением в процесс якорных ворсин.

Виллузиты носили характер как экссудативных, так и продуктивных, с накоплением полиморфноядерных лейкоцитов или лимфомоноцитарных элементов в субхориальных отделах стромы ворсин. Интервиллезит чаще наблюдался базальный и носил характер десквамативно-фибринозного с наличием единичных или диссеминированных очагов поражения ворсин хориона в сочетании с перифокальной воспалительной реакцией.

Выводы

1. Ведущая роль в возникновении самопроизвольных абортов принадлежит дисциркуляторным и воспалительным изменениям последа.
2. Характер воспалительных изменений в последе позволяет предположить, что решающим значением для развития самопроизвольных выкидышей является совокупность восходящего и гематогенного путей инфицирования.
3. Комплексное патоморфологическое исследование последов при самопроизвольных абортах позволяет определить причины данной патологии, что особенно актуально в условиях низкой рождаемости и низкого прироста населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Перинатальные инфекции: вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений / под ред. В. А. Цинзерлинга, В. Ф. Мельниковой. — СПб.: Элби-СПб., 2002. — 351 с.
2. Глуховец, Н. Г. Патогенетические особенности поздних самопроизвольных выкидышей при восходящем инфицировании плодного пузыря: реакция последа. / Н. Г. Глуховец // Архив патологии. — 2000. — № 2. — С. 33–37.
3. Allgemeine und Spezielle Pathologie, Ursus-Nikolaus Riede, Martin Werner (Herausgeber), 900 Seiten 2017. — № 2. — völlig. neu bearb. Aufl. Springer (Verlag), 978-3-662-48724-2 (ISBN)

УДК 616-006.81-033.2: 616.33

МЕТАСТАЗ МЕЛАНОМЫ В ЖЕЛУДОК.

Трутко А. Д., Чебанова О. Н.

Научные руководители: ассистент А. С. Терешковец, М. Ю. Жандаров

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Меланома (меланобластома, злокачественная меланома) — злокачественная опухоль меланинообразующей ткани, одна из самых злокачественных опухолей с выраженной склонностью к метастазированию. Она развивается в коже, пигментной оболочке глаза, мозговых оболочках, мозговом слое надпочечников, редко — в слизистых оболочках [1]. Возможно развитие меланомы из невуса. Меланома может иметь вид коричневого пятна с розовыми и черными вкраплениями, вид сине-черного мягкого узла или бляшки. Меланома рано дает гематогенные и лимфогенные метастазы.

Цель

Анализ клинического случая метастаза меланомы в желудок.

Материал и методы исследования

Пациентка 40 лет, гражданка России, обратилась в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», для прохождения обследования. При проведении фиброгастродуоденоскопии в слизистой оболочке желудка было выявлено пятно коричневого цвета. Из измененного участка взята биопсия и с предварительным диагнозом эндометриоз слизистой оболочки желудка, отправлена на гистологическое исследование. При микроскопическом исследовании в слизистой оболочке желудка выявлена опухоль с крупными атипичными клетками, с множеством митозов, с внутриклеточным образованием коричневого пигмента (рисунки 1, 2, 3).

Гистологическое заключение — метастаз меланомы в желудок. Из анамнеза известно, что женщина в прошлом, обращалась в косметологический кабинет для удаления образования кожи, которое локализовалось на спине, после чего гистологическое исследование не проводилось. Вероятно, удаленное новообразование явилось меланомой.