



Рисунок 2 – Морфологические изменения ворсин хориона, микроскопическая картина: а – клеточная пролиферация стромы. Окраска: гематоксилином и эозином. Увеличение: × 100; б – фиброз стромы. Окраска: гематоксилином и эозином. Увеличение: × 100

Выводы

1. Ведущими морфологическими признаками неразвивающейся беременности в сроках до 10 недель являлись нарушения плаценто- и эмбриогенеза, проявляющиеся отеком стромы гиповаскуляризованных ворсин (в 64,7% случаев), атрофией хориального эпителия (в 64,7% случаев), как проявления преимущественно хромосомной патологии плода.

2. В сроках 11–15 и 16–20 недель на первый план выходили изменения ворсин в виде клеточной пролиферации и фиброза стромы (до 100% случаев), что отражает прогрессирующее нарушение плодно-плацентарного кровотока.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Стрижаков, А. Н.* Акушерство : учебник / А. Н. Стрижаков, А. Н. Игнатко, А. И. Давыдов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1072 с.
2. *Савельева, Г. М.* Акушерство / Г. М. Савельева. – М. : Медицина, 2000. – 816 с.
3. *Сидельникова, В. М.* Привычная потеря беременности / В. М. Сидельникова. – М. : Триада-Х, 2000. – 304 с.

УДК 617.55-007.43-053.1-091

Е. В. Онищенко

Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОМФАЛОЦЕЛЕ

Введение

Омфалоцеле (Omphalocele) – это врожденный дефект брюшной стенки, при котором органы брюшной полости (кишечник, печень и др.) выходят за пределы живота через пупок. Как правило, вышедшие органы покрыты тонкой, почти прозрачной оболочкой, но иногда она может быть разорвана. Омфалоцеле является вторым по частоте встречаемости врожденным дефектом брюшной полости, его распространенность составляет от

1,0 до 3,8 на 10 000 родов во всем мире.[3]. Характеризуется дефектом средней линии брюшной стенки, общей чертой является тонкий мембранозный мешок, в котором органы (например, тонкая кишка, печень, мочевой пузырь, селезенка, желудок, матка и яичники) выступают в основание пуповины [1].

Цель

Определить частоту встречаемости омфалоцеле в общей структуре врожденных пороков развития, дать патоморфологическую характеристику данному пороку развития.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования послужили данные протоколов патологоанатомических вскрытий 1349 абортированных плодов, полученных после прерывания беременности по медико-генетическим показаниям с пренатально диагностированными врожденными пороками развития, со сроком гестации от 10 до 22 недель, проведенных в 2015–2024 гг. в ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро».

Результаты исследования и их обсуждение

За период изучения был выявлен 61 случай омфалоцеле. Из них 27 (44,3%) плодов мужского пола, и 34 (55,7%) женского.

В клинической практике по диаметру дефекта брюшной стенки выделяют три варианта:

- малый размер – до 3 см;
- средний – 3–5 см;
- гигантский (большой) – более 5 см.

В нашем исследовании размеры грыжевого мешка составляли от 0,5 до 3,5 см в диаметре, а содержимое было представлено следующим образом (таблица 1).

Таблица 1 – Содержимое грыжевого мешка при омфалоцеле

Год	Количество случаев омфалоцеле у плодов	Содержимое грыжевого мешка				
		Тонкая кишка	Тонкая кишка + толстая кишка	Тонкая кишка + толстая кишка + печень	Печень	Тонкая кишка + печень
2015	6	4	–	1	1	–
2016	4	3	–	1	–	–
2017	6	2	–	3	1	–
2018	10	4	–	3	–	3
2019	5	3	–	1	1	–
2020	3	1	–	1	1	–
2021	2	1	–	1	–	–
2022	10	5	–	3	2	–
2023	10	5	1	4	–	–
2024	5	3	–	2	–	–

Содержимым грыжевого мешка чаще являлись петли тонкой кишки – в 31 случае (50,8%), реже – петли тонкой, толстой кишки и части печени – в 20 случаях (32,7%), и еще реже – определялись части печени (6 случаев (9,8%)), петли тонкой кишки и части печени (3 случая (4,9%)) и сочетание петель тонкой и толстой кишки (1 случай (1,6%)) (рисунок 1).



а

б

Рисунок 1 – Омфалоцеле: а – макроскопическая картина; б – микроскопическая картина. Окраска: гематоксилином и эозином. Увеличение: × 100

По наличию или отсутствию сопутствующих аномалий развития выделяют:

- изолированное омфалоцеле (если нет никаких других патологий);
- с сопутствующими аномалиями

В проведенном исследовании было выяснено, что омфалоцеле чаще сочеталось с врожденными пороками развития других органов и систем, наиболее часто с пороками сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы и пороками опорно-двигательного аппарата. Кроме того, омфалоцеле было частым компонентом при аутосомных трисомиях.

Выводы

1. В структуре врожденных пороков развития омфалоцеле составила 4,5% среди всех аутопсий.
2. Чаще омфалоцеле встречалось у плодов женского пола (в 55,7% случаев), реже – мужского (в 44,3% случаев),
3. Содержимым грыжевого мешка в (в 50,8% случаев) являлись петли тонкой кишки, в (в 32,7% случаев) отмечался выход фрагментов печени, тонкой и толстой кишки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Реальные возможности ранней пренатальной диагностики омфалоцеле / О. Л. Галкина [и др.] // Пренатальная диагностика. – 2020. – Т. 19, № 1. – С. 16–20.
2. Перинатальная патология : учеб. пособие / М. К. Недзведь [и др.]. – Минск : Выш. школа, 2012. – 575 с.
3. A multi-country study of prevalence and early childhood mortality among children with omphalocele / W. N. Nembhard, J. E. H Bergman, M. D. Politis [et.al.]. // Birth Defects Res. – 2020. – № 112 (20). – P. 1787–1801.