

МОРФОЛОГИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Советов Сакен Нурмуханбетулы

студент 3 курса, факультет «Общая медицина и стоматология», Карагандинский государственный медицинский университет, Республика Казахстан, г. Караганда

Акназарова Жадыра Руслановна

студент 3 курса, факультет «Общая медицина и стоматология», Карагандинский государственный медицинский университет, Республика Казахстан, г. Караганда

Мусабекова Сауле Амангельдиевна

научный руководитель, доц. кафедры патологической анатомии Карагандинский государственный медицинский университет, Республика Казахстан, г. Караганда

Внематочная беременность – патологическое течение беременности, при котором развитие плода происходит во внематочном пространстве. С очень большой вероятностью внематочная беременность заканчивается смертью плода и зачастую опасна и для здоровья матери из-за возможности развития внутреннего кровотечения. По этой причине внематочная беременность является одной из основных проблем гинекологии и акушерства. Статистические данные последних лет показывают, частота появления эктопической беременности увеличивается с высокой скоростью. Хотя современные методы диагностики и терапии очень хорошо развиты, внематочная беременность является одной из главных причин материнской смертности [4; 1].

В наши дни в мировой научной литературе все чаще появляются упоминания о редких формах внематочной беременности. Данная проблема актуально еще тем, что эктопическая беременность – одна из основных причин бесплодия трубно-перитонеального происхождения. Отечественные и иностранные источники утверждают, что 50–80% больных после оперативного лечения внематочной беременности лишаются репродуктивных способностей, а частота повторных эктопических беременностей варьируется от 2 до 30%. В 70% случаев удаления всего одной фаллопиевой трубы вызывает нарушения эндокринных функций, формирование вторичной беременности, растет вероятность появления внематочной беременности в оставшейся маточной трубе [1]. Помимо этого сальпингэктомию приводит к развитию послеоперационного спаечного процесса, что в еще большей степени ухудшает вероятность наступления нормальной беременности.

На данное время причины внематочной беременности не установлена, известны лишь факторы риска [2]. К ним относятся:

- Повреждения маточной трубки;
- Применение контрацептивных средств;
- Курение сигарет
- Старше 35 лет
- Предшествующее внематочная беременность

· Искусственное прерывание беременности [3].

Как уже было сказано, несмотря на развитие технологии диагностики, выявить внематочную беременность в ранней стадии довольно сложно. Это обусловлено тем, что такие симптомы, как боль и влагалищное кровотечение в период между гестацией 6 и 10 неделями, свойственны не только внематочной беременности, но и кистозному поражению желтого тела. Трудность диагностики состоит так же в том, что атипичное течение внематочной беременности довольно частое явление, и симптомы течения такой беременности свойственны и другим заболеваниям мочеполовой системы и желудочно-кишечного тракта. Для постановки более точного диагноза прибегают к второстепенным методам исследования относятся: трансвагинальной сонограммы; увеличение или уменьшение количества хорионический гонадотропин в крови в динамике; лапароскопии. При не точных и возможных признаках беременности появляются боли в нижней части брюшной стенки и кровотечения из половых путей, что обусловлено отторжением отпадающий измененной слизистой оболочки матки [7]. Часто отсутствует задержка месячных циклов, но вовремя их возникновения наблюдаются не свойственные для типичных менструаций мажущие темные кровяные выделения. Сокращения трубы, выталкивающей отделившегося эмбриона, а также попадание крови в брюшную полость вызывает болевые ощущения в нижней области живота. Клиническая картина варьируется в зависимости от объема и скорости кровотечения. Бывает, что симптоматика имеет латентный характер, что создает трудности при диагностировании эктопической беременности, прерывающуюся по типу трубного аборта трудно [3; 5].

В настоящее время имеется течение на рост количества внематочной беременности. Среди всех случаев беременности около 1–2% приходится именно на внематочные беременности. Смертность при внематочной беременности составляет по разным оценкам 90%. Не стоит так же забывать об осложнениях, как упоминалось выше. Именно поэтому проблемы диагностики внематочной беременности являются одним из самых актуальных вопросов гинекологии.

Помимо трубной беременности, существует еще несколько видов патологического течения беременности.

Яичниковая беременность чаще всего развивается вторично, когда оплодотворенная яйцеклетка из трубы попадает на поверхность яичника, но не исключено и первичное прикрепление к нему оплодотворенной яйцеклетки. При этом ворсины хориона углубляются в ткань яичника. Амниальная и хориальная оболочки образуют капсулу, в которой в течение 6–8 недель растет эмбрион, а затем происходит разрыв плодместилища с кровоизлиянием в брюшную полость.

Клиническое проявление прогрессирующей яичниковой беременности не особо отличается от таковой при трубной беременности. Часто в вышеуказанных случаях предполагают о трубной беременности и только при осмотре брюшной полости при помощи лапароскопии устанавливается точный диагноз. При яичниковой беременности производят разрез яичника в пределах не поврежденной ткани. Если таковую обнаружить не удастся, то яичник удаляют.

Клиническая картина прогрессирующей беременности в добавочном роге мало отличается от клинической картины маточной беременности. Иногда диагноз трудно поставить как при пальпации, так и при ультразвуковом исследовании. Это обусловлено тем, что обнаружить плодное яйцо в маточном углу или дополнительном роге не всегда представляется возможным. Окончательный диагноз определяют только при операции по резекции рога.

Брюшная беременность встречается не очень часто. Можно наблюдать прикрепления ворсинок хориона к практически любому органу брюшной полости: кишечнику, сальнику и даже печени. При брюшных беременностях требуется прерывание беременности на ранних стадиях, но выявлены случаи успешной беременности с сохранением жизни плода. Поставить диагноз прогрессирующей беременности не является легкой задачей. УЗИ является очень эффективным средством, при котором определяется интактная матка [6].

При шейной беременности яйцеклетка локализуется в шейном канале матки. Шейная беременность из-за недостатка кровоснабжения ворсин хориона, которые часто прорастают в мышечную ткань, прерывается в ранние сроки. Прерывание шейной беременности может

иметь неблагоприятный исход: обильным, трудно останавливаемым кровотечением [5; 6].

Проблемы внематочной беременности в Казахстане, в том числе в Карагандинском регионе, до сих пор основательно не изучены. С целью расширить статистику эктопической беременности в Казахстане, в частности в Караганде, было проведено исследование, в ходе которого было проведено ретроспективное исследование 30 случаев внематочной беременности у женщин возрастом от 24 до 40 лет.

Из них 2 в возрасте от 24 до 28, 12 в возрасте 29–32 и 16 в возрасте 33–40 лет (рисунок 3). Из них резко наблюдается зависимость случаев появления внематочной беременности от возраста. Так же было проведено патологоанатомическое изучение препарата хориона с гистологическими признаками эктопической(внематочной) беременности.

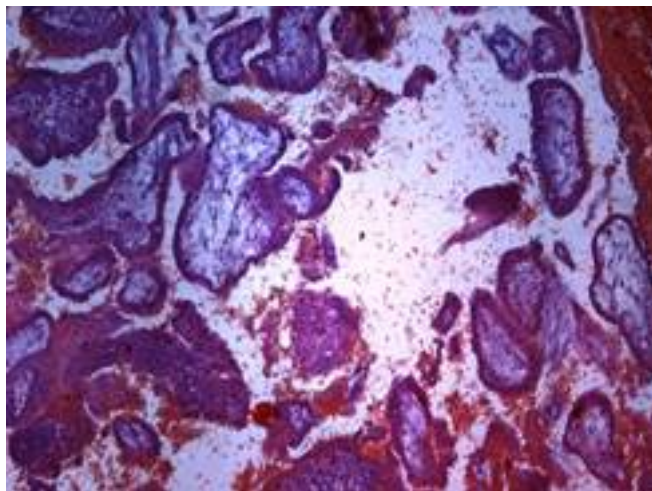


Рисунок 1. Эктопическая (трубная) беременность

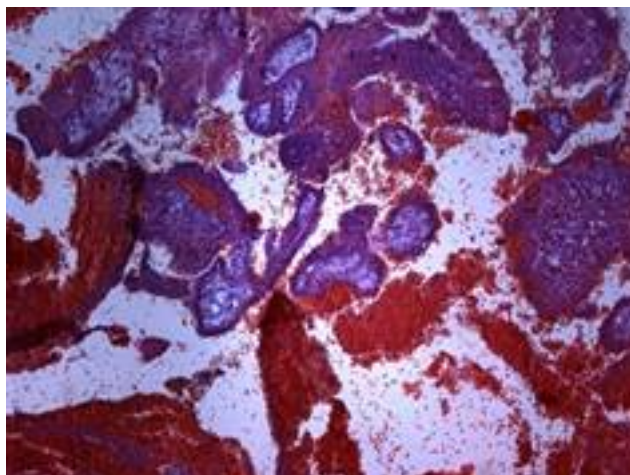


Рисунок 2. Эктопическая (трубная) беременность

На всех рисунках отображены ворсины хориона, децидуальная ткань с очагами распада и кровоизлияниями.

Распределение беременности по возрастам

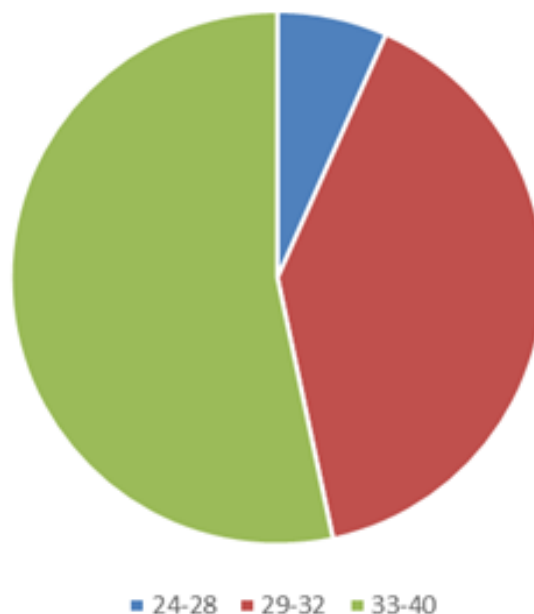


Рисунок 3. Распределение беременности по возрастам

Изучив течения и исходы внематочной беременности у женщин в возрасте от 24–40 лет Карагандинского региона Республики Казахстан можно сделать выводы о влиянии различных факторов на появление и развитие данной патологии. Ретроспективное исследование типа описание серии случаев показали, что женщины, которые применили аборт, а также при повторных беременностях после первичных внематочных беременностей является более поддерживаемыми. Беременность после 35 лет так же является фактором заболеваемости.

Список литературы:

1. Кливленд Г. О., Ключаров И. В. Современный взгляд на лечение метотрексатом внематочной беременности ранних сроков // ПМ. 2013. №7 (76). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyy-vzglyad-na-lechenie-metotreksatom-vnematochnoy-beremennosti-rannih-srokov> (дата обращения: 11.04.2017).
2. Михельсон А.А., Макаренко Ю.М., Михельсон А.Ф., Лебеденко Е.Ю., Волошин В.В., Розенберг И.М. Клинико-морфологическое обоснование реабилитации едва не погибших больных (near miss) от внематочной беременности // Медицинский вестник Юга России. 2014. №1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-morfologicheskoe-obosnovanie-reabilitatsii-edva-ne-pogibshih-bolnyh-near-miss-ot-vnematochnoy-beremennosti> (дата обращения: 10.05.2017).
3. Назаренко Олег Ярославович, Тимофеева Светлана Владимировна К вопросу о ведении пациенток с внутрибрюшным кровотечением генитального происхождения // Казанский мед.ж.. 2014. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-vedenii-patsientok-s-vnutribryushnym-krovotечением-genitalnogo-proishozhdeniya> (дата обращения: 14.04.2017).
4. Нартаева А.Е., А. Маратұлы, А.С. Гавриленко Наблюдение и морфологическая оценка трубной беременности // Вестник КазНМУ. 2015. №1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/nablyudenie-i-morfologicheskaya-otsenka-trubnoy-beremennosti> (дата обращения: 1.05.2017).

5. Эгамбердиева Л. Д., Тухватшина Н. И., Ахметшина Г. Ф. Современные методы диагностики и лечения эктопической беременности. Клиническое наблюдение // ПМ. 2015. №4-1 (89). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyye-metody-dagnostiki-i-lecheniya-ektopicheskoy-beremennosti-klinicheskoe-nablyudenie> (дата обращения: 22.04.2017).
6. Nanbakhsh, Fariba et al. "Association of Helicobacter Pylori Infection and Ectopic Pregnancy." Journal of Family & Reproductive Health 10.2 (2016): 80-84. Print.
7. Perkins, Kiran M. et al. "Risk of Ectopic Pregnancy Associated With Assisted Reproductive Technology in the United States, 2001-2011". Obstetrics and gynecology 125.1 (2015): 70-78. PMC. Web. 5 May 2017.