

ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА.

ПАТОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ПУПОВИНЫ.

СПОНТАННЫЕ АБОРТЫ. ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ.

ГЕСТОЗЫ.

ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ.

Начальные этапы беременности включают оплодотворение яйцеклетки, продвижение морулы по маточной трубе и выход бластоцисты в полость матки, где она фиксируется к эндометрию. Внедрение бластоцисты в слизистую оболочку (имплантация) происходит в определенный период – «**окно имплантации**», длящийся с 20 по 24 сутки нормального менструального цикла. Дальнейшее взаимодействие продукта зачатия (хориального мешка) и эндометрия сопровождается формированием плаценты и происходит при участии синцитиотрофобласта и цитотрофобласта. Плацента прикрепляется к эндометрию посредством «якорных» ворсин. Из их оснований клетки цитотрофобласта мигрируют в эндометрий, что получило название «**цитотрофобластическая инвазия**». Этот процесс является ключевым в развитии беременности на всех её стадиях. Проникая в эндометрий, цитотрофобласт достигает спиральных артерий матки, подвергает лизису эластические и мышечные структуры их стенки с последующим замещением фибриноидом. В результате спиральные артерии преобразуются в маточно-плацентарные, обладающие широкими просветами и «дряблой» стенкой, неспособной реагировать спазмом на различные воздействия со стороны организма матери. Благодаря этому обеспечивается постоянный, равномерный и достаточный приток материнской крови к плаценте.

Плацента, в совокупности с пуповиной и оболочками – **послед**, осуществляет взаимосвязь между организмами матери и плода, что позволяет говорить о системе мать-плацента-плод. Через плаценту плод получает от матери кислород, питательные вещества, гормоны. Она отвечает за выведение из крови плода углекислого газа и других продуктов метаболизма. Плацента играет роль барьера, ограждая от инфекций и нежелательных иммунных реакций со стороны матери чужеродный в антигенном отношении организм плода. Она синтезирует гормоны, необходимые для развития беременности.

Венозная кровь плода поступает через артерии пуповины в ворсины плаценты, достигая самых мелких (терминальных) ветвей ворсинчатого дерева (рис. 1). Снаружи ворсины омываются материнской кровью из маточно-плацентарных артерий. В норме кровь плода и матери не смешивается, чему препятствует **плацентарный барьер** (рис. 2). В его составе:

- эндотелий капилляра ворсины;
- его базальная мембрана;

- строма, окружающая сосуд;
- базальная мембрана эпителия ворсины;
- эпителий ворсины (цитотрофобласт и синцитиотрофобласт).

Через плацентарный барьер осуществляется насыщение крови капилляров ворсин кислородом и питательными веществами и освобождение её от ненужных метаболитов, после чего, ставшая артериальной, она поступает через вену пуповины к плоду.

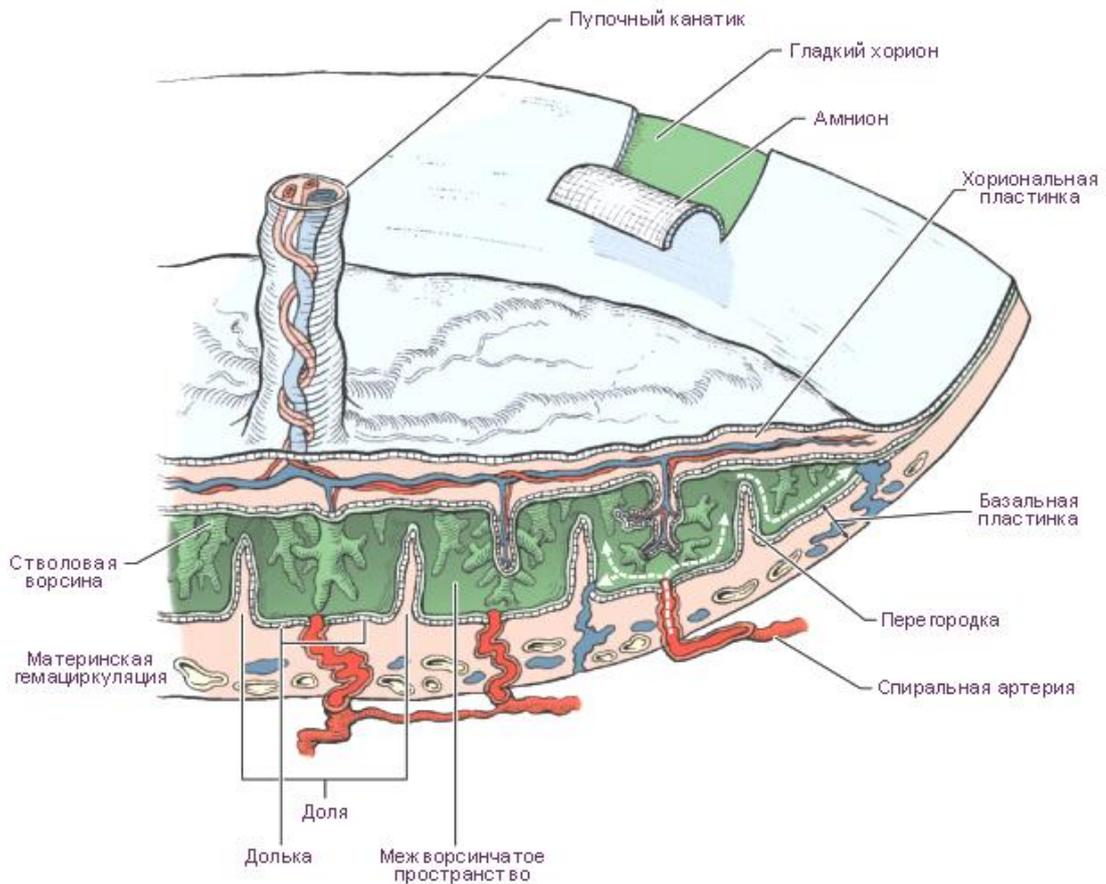


Рисунок 1.

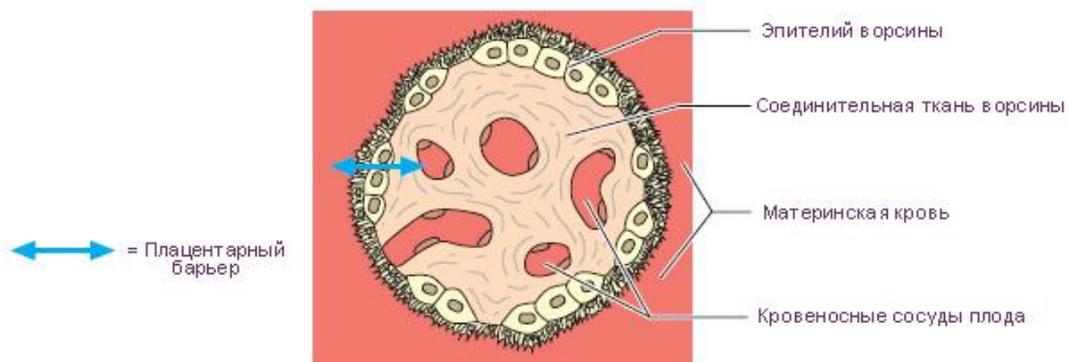


Рисунок 2.

ПАТОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ПУПОВИНЫ

К основным патологическим процессам в плаценте относятся:

- пороки развития, аномалии локализации и прикрепления;
- воспаление;
- нарушения кровообращения;
- плацентарная недостаточность.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ, АНОМАЛИИ ЛОКАЛИЗАЦИИ И ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

Наиболее часто в клинической практике встречаются пороки развития формы плаценты:

■ окончатая плацента – порок развития, при котором определяются различных размеров участки, лишённые ворсинчатого хориона, представленные только оболочками, имеющие вид окна в плаценте.

■ двулобая и многолобая плацента – наличие добавочных долей, расположенных вне основной плаценты и связанных с нею сосудами, проходящими в оболочках.

Эти аномалии существенного клинического значения не имеют.

■ Плацента, окружённая валиком или ободком – наличие, окаймляющего плацентарный диск, плотного светло-серого тяжа. Он состоит из погибших ворсин и формируется вследствие краевой отслойки плаценты с последующим скручиванием этих участков. При этой аномалии возможна задержка внутриутробного развития и гипоксия плода, дородовое излитие околоплодных вод, преждевременные роды и кровотечение в родах.

К аномалиям расположения и прикрепления плаценты относятся:

■ Предлежание плаценты – патология, при которой плацента частично или полностью перекрывает внутренний зев матки, что наблюдается при имплантации бластоцисты в её нижнем сегменте. Частота аномалии достигает 0,9% случаев беременности. Предлежание плаценты осложняется отслойкой плаценты и маточным кровотечением в родах и в 20% случаев сопровождается мертворождением.

■ Приращение плаценты – плотное прикрепление и врастание ворсин хориона в миометрий. При этом не происходит самостоятельное отделение последа или его отделение имеет частичный характер, что может осложниться кровотечением.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПЛАЦЕНТЕ.

В большинстве случаев воспаление последа вызывается инфекционными агентами, которые проникают в него тремя путями:

- восходящим, через влагалище и шейку матки;
- нисходящим, через маточные трубы, при источнике инфекции в придатках матки или малом тазу;

- гематогенным, из крови матери.

Чаще наблюдаются восходящий и гематогенный пути инфицирования. Воспалительные процессы последа классифицируют в зависимости от локализации их основных проявлений:

- воспаление децидуальной оболочки – децидуит;
- воспаление ворсин – виллит;
- воспаление межворсинчатого пространства – интервиллезит;
- воспаление хориальной и амниотической оболочек – хориоамнионит;
- воспаление пуповины – фуникулит.

«Виновниками» **восходящего инфицирования последа и нисходящего** чаще служат энтерококки, стафилококки, кишечная палочка, анаэробные стрептококки, а также возбудители инфекций, передаваемых половым путем (хламидии, микоплазма, уреаплазма и пр). Восходящей и нисходящей инфекции последа предшествуют:

- вульвовагинит беременной;
- цервицит;
- преждевременный разрыв плодного пузыря, длительные роды (и как следствие длительный безводный период);
- истмико-цервикальная недостаточность;
- сальпингоофорит.

При этом пути инфицирования, как правило, развивается воспаление внеплацентарных оболочек (внеплацентарный хориоамнионит, или мембранит), хориальной (плодовой) пластинки плаценты, фуникулит. Воспаление имеет серозный или гнойный характер. Оно может привести к внутриутробному инфицированию плода (пневмонии, гастриту, энтероколиту) и его внутриутробной гибели. Воспаление оболочек не только способствует их преждевременному разрыву. Оно стимулирует синтез простагландинов и угнетает синтез прогестерона, чем усиливает сократимость матки, вызывая преждевременные роды. У матери высока вероятность развития послеродового эндометрита.

Гематогенное инфицирование свойственно вирусным заболеваниям (герпетическая, цитомегаловирусная, энтеровирусная инфекции, краснуха, корь, и др.), а также сифилису, листериозу, туберкулезу, хламидиозу, токсоплазмозу и др.

Для этого пути заражения характерны базальный децидуит и виллит (гнойный или продуктивный). Воспаление стромы ворсин приводит к её склерозу с облитерацией фетальных сосудов.

НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Причиной гемодинамических расстройств в плаценте служит патология матери (гестоз, сердечно-сосудистые заболевания, болезни почек и др.). Нарушения кровообращения в плаценте могут привести к острой гипоксии плода и внутриутробной смерти или вызвать задержку его роста. Клиническое значение их зависит от объема поражения. Считается, что

повреждение ткани ворсинчатого хориона в пределах 15% не оказывает существенного влияния на организм плода. Это объясняется большими компенсаторными возможностями плаценты и подтверждается тем, что в небольшом объеме различные последствия нарушений кровообращения имеют место в плацентах при неосложненной беременности.

Нарушения кровообращения в плаценте развиваются в межворсинчатом пространстве и в сосудах ворсин. Из них наиболее значимыми являются:

- инфаркт;
- псевдоинфаркт;
- тромбоз межворсинчатого пространства;
- ретроплацентарная гематома.

Инфаркт плаценты – очаг некроза, вызванный нарушением кровотока в маточно-плацентарной артерии вследствие стеноза или тромбоза. На начальных стадиях инфаркт плаценты имеет вид темно-красного, четко отграниченного очага неправильной или призматической формы. В дальнейшем он уплотняется и приобретает серо-желтую или серо-белую окраску. Микроскопически погибшие ворсины имеют запустевшие сосуды, окружены сначала кровью, затем – фибрином, имеют вид бесструктурных образований («тени» ворсин). Вокруг инфаркта может быть зона инфильтрации из нейтрофилов.

Псевдоинфаркт – участок замурованных в фибриноид ворсин, сохранивших капиллярное русло и частично эпителиальную выстилку. Псевдоинфаркты часто развиваются в результате облитерационной ангиопатии – стеноза или тромбоза артерий опорных (крупных) ворсин.

Тромбоз межворсинчатого пространства возникает при нарушении баланса между противосвертывающей функцией эпителия ворсин (синцитиотрофобласта) и гиперкоагуляцией омывающей его материнской крови. Межворсинчатые тромбы чаще развиваются под хориальной пластины или в краях плаценты.

Ретроплацентарная гематома – кровоизлияние в базальной пластине, приводящее к частичной или полной отслойке плаценты от стенки матки. Причиной гематомы считают нарушение оттока крови из межворсинчатого пространства при тромбозе маточных вен. Поскольку отслоившаяся часть плаценты лишена кровоснабжения, это осложнение беременности может привести к гипоксии и смерти плода.

ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Плацентарная недостаточность – морфологические изменения в плаценте, клинически сопровождающиеся нарушением её функции.

Выделяют **острую и хроническую** недостаточность плаценты.

Острая плацентарная недостаточность развивается в течение нескольких часов в результате нарушений:

- маточно-плацентарного кровотока (инфаркт плаценты, тромбоз межворсинчатого пространства, ретроплацентарная гематома);

- плацентарно-плодового кровообращения (тромбоз сосудов пуповины, сдавление пуповины).

Хроническая плацентарная недостаточность развивается в течение нескольких недель, морфологически проявляется незрелостью ворсинчатого хориона, псевдоинфарктами, инфарктами, развитыми компенсаторными реакциями. Она сопровождается гипотрофией плода и может явиться причиной его гибели.

ПАТОЛОГИЯ ПУПОВИНЫ

В норме пуповина имеет длину от 40 до 70 см. Она состоит из вартонова студня, в котором расположены две артерии и вена. По артериям пуповины течет венозная кровь от плода к плаценте, а по пупочной вене – насыщенная кислородом кровь, от плаценты к плоду.

Короткой считается пуповина менее 32 см. Короткая пуповина ограничивает движения плода, может натягиваться, что создает опасность отслойки плаценты.

Длинная пуповина диагностируется при её длине более 70см. Она чаще образует узлы или в виде петли выпадает при родах и ущемляется между головкой плода и тазом матери. При этом возникает опасность сдавления сосудов пуповины и гипоксии плода.

Нарушения кровообращения в пуповине – тромбоз её сосудов развивается при сдавлении пуповины, или при фуникулите. Это осложнение может привести к смерти плода.

СПОНТАННЫЕ АБОРТЫ

Около 30% беременностей завершается самопроизвольным абортом в первые 2-3 недели после оплодотворения. При этом нередко кровотечение по времени совпадает с менструацией, и такая беременность не диагностируется.

Основными причинами спонтанных абортов являются:

- хромосомные и генные мутации,
- иммунологические факторы,
- эндокринные нарушения,
- психологические факторы,
- пороки развития матки,
- инфекции,
- экстрагенитальные заболевания матери (сахарный диабет, системная красная волчанка и др.),
- действие на организм женщины физических и химических агентов (радиация, лекарственные препараты).

При микроскопическом исследовании материала, полученного в результате выскабливания полости матки после спонтанных абортов, в

эндометрии и плаценте выявляются признаки воспаления, расстройства кровообращения (тромбоз сосудов, кровоизлияния, инфаркты), изменения ворсин хориона. Гистологическое исследование направлено на подтверждение маточной беременности, определение её срока, исключение трофобластической болезни.

ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Эктопическая беременность – беременность, развивающаяся вне полости матки.

Имплантиция может произойти в маточных трубах, значительно реже – в яичниках, брюшной полости, шейке матки. Чаще наблюдается трубная беременность, причинами которой являются патологические процессы, препятствующие перемещению делящейся яйцеклетки (морулы) через яйцевод в матку. Этими процессами могут быть склероз с сужением трубы в результате её воспаления, эндометриоз, опухоль, гипоплазия желтого тела яичника, гормональная контрацепция и внутриматочные контрацептивы и др.

Патоморфология.

Макроскопически при трубной беременности маточная труба веретенообразно расширена, в этом участке содержит эмбриональный мешок и часто – кровоизлияние.

Микроскопически выявляется активная инвазия цитотрофобласта в стенку трубы с врастанием в неё ворсин хориона, что неизбежно приводит к кровоизлияниям (гематосальпинксу) и в дальнейшем к разрыву трубы. Трубная беременность как правило прерывается в срок до 6 недель. Этот процесс имеет три клинико-морфологических варианта:

■ Разрыв трубы, сопровождающийся внутрибрюшным кровотечением со скоплением крови в прямокишечно-маточном пространстве.

■ Преобладающий гематосальпинкс, для которого характерен болевой синдром и относительно небольшая кровопотеря.

■ Частичный или полный трубный аборт – выход хориального мешка через ампулярную часть трубы в брюшную полость.

ГЕСТОЗЫ

Гестозы (токсикозы беременных) – осложнение беременности, проявляющееся гипертензией, протеинурией, отёками, в тяжелых случаях судорогами.

Общепринятой классификации гестоза не существует. В зависимости от времени возникновения выделяют ранние и поздние гестозы.

Ранние гестозы возникают на 1-3 месяцах беременности и обусловлены перераздражением вегетативных нервных центров импульсами от увеличенной матки и угнетением коры головного мозга. К ранним гестозам относят рвоту беременных, чрезмерную рвоту и птолизм (повышенное слюнообразование). Чрезмерная рвота приводит к истощению и обезвоживанию, в тяжёлых случаях может развиваться гипохлоремическая кома. В таких ситуациях акушеры предпочитают прерывание беременности.

Поздние гестозы клинически проявляются с 32-34 недель беременности. В отечественной литературе они включают несколько форм (стадий): водянку, нефропатию, преэклампсию и эклампсию. В англоязычной литературе первые три формы гестоза объединяют под термином "преэклампсия" и в общей сложности выделяют лишь две формы гестоза: преэклампсию и эклампсию.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Преэклампсия – осложнение беременности, протекающее с повышением артериального давления, протеинурией и отёками.

Этиология. В настоящее время основной причиной преэклампсии считается **недостаточность цитотрофобластической инвазии**, что приводит к нарушениям маточно-плацентарного кровотока, инфарктам плаценты, межворсинчатым тромбам, нарушениям созревания ворсинчатого дерева.

В ряде случаев в спиральных артериях при гестозе наблюдаются изменения, называемые "атероз": в стенке образуется широкий слой фибриноида, в котором видны многочисленные клетки с пенистой, содержащей липиды цитоплазмой. Ишемия плаценты вызывает снижение продукции сосудорасширяющих факторов (простагландин Е, оксида азота и др.), при одновременном усилении секреции вазоконстрикторов (тромбоксан А, ангиотензин и др.). Результатом этого является развитие системной гипертензии. Другое важнейшее патогенетическое звено гестоза - образование множественных микротромбов с развитием ДВС-синдрома, что обусловлено повреждением эндотелия и массивным выделением ишемизированной плацентой тромбопластических субстанций.

Тяжёлой формой преэклампсии является **HELLP-синдром**, название которого складывается из первых букв основных проявлений:

■ **Hemolysis** – гемолиз.

■ **Elevation of Liver Enzymes** – повышение активности печёночных ферментов в плазме крови.

■ **Low Platelet Count** – снижение количества тромбоцитов.

Он возникает в 2-4% случаев гестоза, приводя в 75% к смерти беременных. На аутопсии характерные изменения находят в печени:

■ множественные, различных размеров кровоизлияния, нередко с разрывами и внутрибрюшным кровотечением;

■ централобулярные очаги некроза паренхимы;

■ фибриновые тромбы в синусоидах;

■ воспаление ветвей печенной артерии.

Изменения почек варьируют. Постоянными признаками при гестозе являются набухание эндотелия капилляров клубочков и мезангиальных клеток, отложение фибриновых депозитов на базальной мембране. Иногда наблюдается картина мезангиального гломерулонефрита с пролиферацией мезангиальных клеток. В более тяжёлых случаях в капиллярах клубочков и стромы коркового слоя обнаруживают тромбы. Реже развивается острая почечная недостаточность (некротический нефроз).

ЭКЛАМПСИЯ

Эклампсия – осложнение беременности, при котором наряду с клиническими проявлениями преэклампсии преобладают поражения головного мозга, сопровождаемые судорожным синдромом и комой.

Эклампсия может развиваться во время беременности, в процессе родов, в раннем послеродовом периоде.

В головном мозге развивается эклампсическая энцефалопатия, основными морфологическими проявлениями которой являются:

- отек, набухание мозговой ткани;
- кровоизлияния различных размеров и локализации;
- тромбоз мелких сосудов с развитием очагов ишемического размягчения.

Поздние гестозы оказывают неблагоприятное влияние и на развитие плода. Дети часто рождаются недоношенными, с признаками гипоксии и внутриутробной гипотрофии. При эклампсии и HELLP-синдроме нередко бывает внутриутробная смерть плода.

ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Трофобластическая болезнь – группа опухолеподобных патологических процессов и опухолей, исходящих из ткани плаценты.

К трофобластической болезни относят:

- пузырьный занос;
- инвазивный пузырьный занос;
- хориокарциному.

ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС

Пузырный занос – патология, основным проявлением которой являются характерные изменения ворсин плаценты в виде их резкого отёка с появлением в строме полостей, заполненных жидкостью и неравномерной пролиферацией их эпителия.

Причиной пузырьного заноса служат хромосомные нарушения.

Различают:

- полный пузырьный занос;
- частичный пузырьный занос;
- инвазивный пузырьный занос.

При полном пузырном заносе поражается вся плацента; эмбрион обычно отсутствует.

При частичном пузырном заносе не наблюдается заметного увеличения объёма плаценты, везикулярные ворсины распределены среди морфологически нормальной плацентарной ткани. Плод обычно есть, но рано погибает.

Инвазивный пузырный занос характеризуется прорастанием ворсин в миометрий. Клинически это проявляется кровотечением, развивающимся через несколько недель после удаления пузырного заноса. При инвазивном пузырном заносе могут быть метастазы, чаще в лёгкие и влагалище. Они регрессируют спонтанно или после однократного курса химиотерапии.

После удаления ткани пузырного заноса чаще всего наступает выздоровление, но в 5% случаев существует вероятность прогрессирования в хориокарциному.

ХОРИОКАРЦИНОМА

Хориокарцинома – злокачественная опухоль из цито- и синцитиотрообласта.

Около 50% таких новообразований развиваются после беременности, осложнённой пузырным заносом, 25% – после аборта, 2,5% – после эктопической беременности и 22,5% – после клинически нормальной беременности.

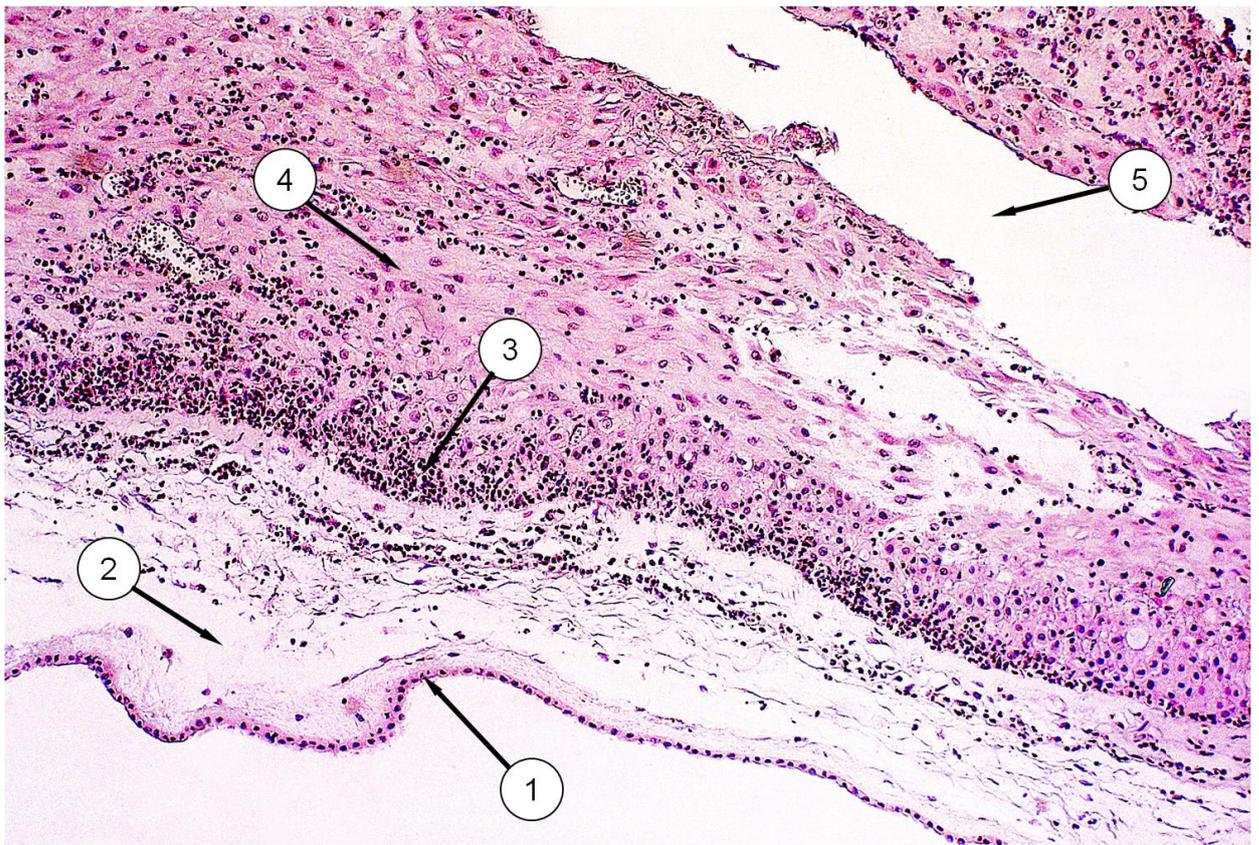
Хориокарцинома может возникнуть сразу после прекращения беременности, через несколько недель и даже через 15-20 лет. Наиболее характерным симптомом является маточное кровотечение. Новообразование синтезирует хорионический гонадотропин.

Макроскопически опухоль имеет вид сочного желто-белого или пёстрого губчатого узла на широком основании.

Микроскопически хориокарцинома состоит из клеток цитотрофобласта и полиморфных гигантских элементов синцитиотрофобласта. В опухоли никогда не бывает истинных ворсин. С помощью иммуногистохимических методов в этих клетках можно обнаружить хорионический гонадотропин. Строма и сосуды в опухоли также отсутствуют. Быстрый рост опухоли сопровождается множественными очагами некроза и кровоизлияниями.

Без своевременно назначенного лечения хориокарцинома активно метастазирует в лёгкие (80%), влагалище (30%), головной мозг, печень, почки. Хориокарцинома хорошо лечится при сочетании гистерэктомии и химиотерапии.

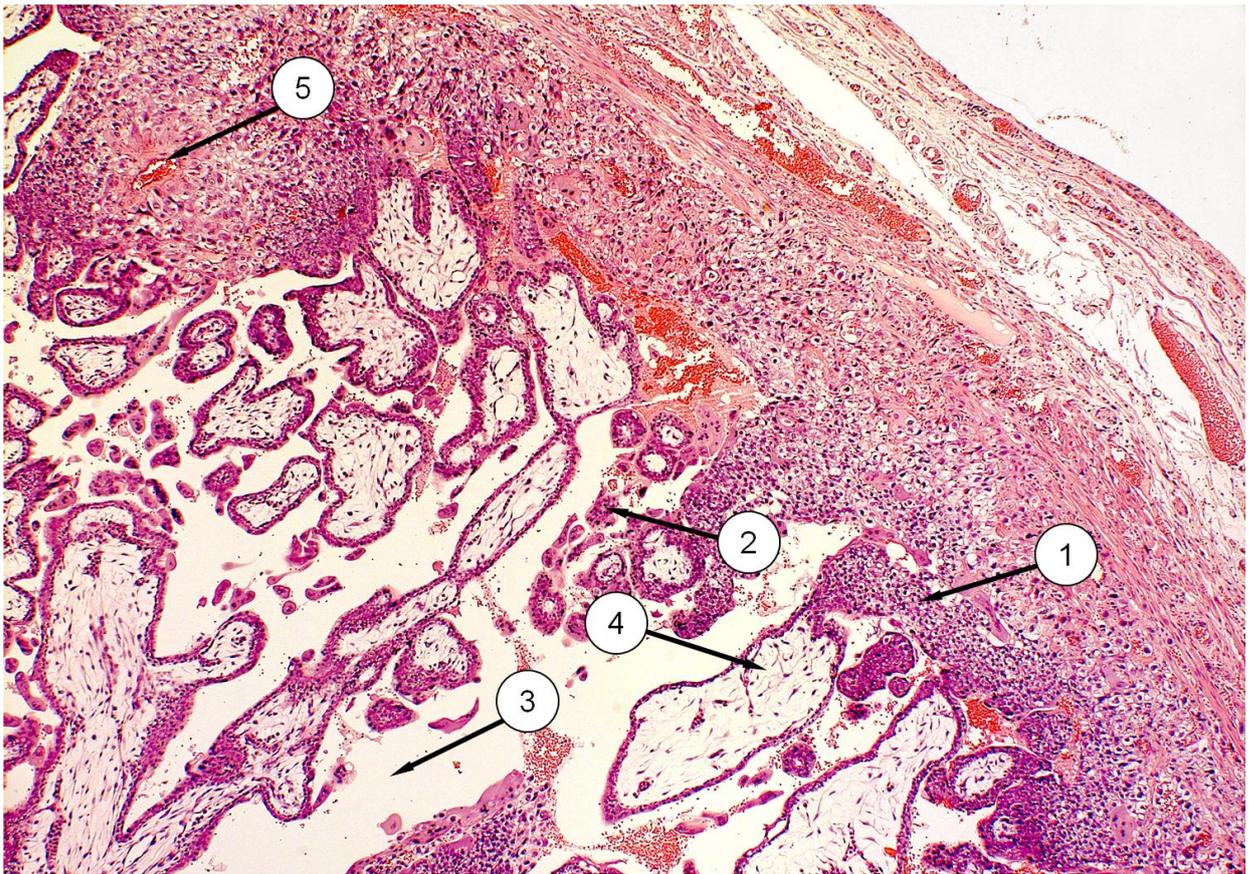
Микропрепараты.



1 – эпителий амниона; 2 – отек хориальной пластинки; 3 - воспалительная инфильтрация; 4 – децидуальная ткань; 5 – подбололочное пространство.

Гнойный париетальный амниохориодецидуит (мембранит).

В микропрепарате представлены внеплацентарные оболочки с выраженным отеком и инфильтрацией сегментоядерными лейкоцитами амниона, гладкого хориона, децидуальной оболочки (хориоамнионит и хориодецидуит). Тотальное воспаление всех оболочек обозначается термином мембранит.



1 – инвазивный цитотрофобласт; 2 - элементы синцитиотрофобласта; 3 – межворсинчатое пространство; 4 - якорная ворсина; 5 - артерия.

Трубная беременность

В микропрепарате представлена стенка маточной трубы с выраженным полнокровием сосудов и отеком субсерозного пространства. В просвете трубы определяются многочисленные ворсины хориона, со стороны которых в стенку трубы проникает инвазивный трофобласт, преодолевающий мышечный слой.

Тестовые задания

001. ПЛАЦЕНТАРНЫЙ БАРЬЕР ПРЕДСТАВЛЕН

- 1) эндотелием капилляра ворсины, стромой, окружающей сосуд, базальной мембраной эпителия ворсины, эпителием ворсины.
- 2) эндотелием капилляра ворсины, амнионом, цитотрофобластом, базальной мембраной эпителия ворсины, эпителием ворсины.
- 3) эпителием амниона, его базальной мембраной, стромой ворсины, базальной мембраной эпителия ворсины, эпителием ворсины.
- 4) эндотелием капилляра ворсины, его базальной мембраной, стромой, окружающей сосуд, базальной мембраной эпителия ворсины, эпителием ворсины.

- 5) эндотелием капилляра ворсины, его базальной мембраной, базальной мембраной эпителия ворсины, эпителием ворсины.

Правильный ответ: 4

002.ВИЛЛИТ ЭТО

- 1) воспаление оболочек плаценты
- 2) воспаление пуповины
- 3) воспаление ворсин хориона
- 4) воспаление амниона
- 5) воспаление микроворсинок синцитиотрофобласта

Правильный ответ: 3

003.ВОСХОДЯЩИЙ ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) энтерококков, стафилококков, стрептококков, кишечной палочки
- 2) герпетической, цитомегаловирусной инфекций
- 3) краснухи, кори, сифилиса
- 4) листериоза, туберкулеза

Правильный ответ: 1

004.НА НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ ИНФАРКТ ПЛАЦЕНТЫ ИМЕЕТ ЦВЕТ

- 1) бурый
- 2) темно-красный
- 3) желтый
- 4) белый с геморрагическим венчиком
- 5) восковидный

Правильный ответ: 2

005.С ТЕЧЕНИЕМ ВРЕМЕНИ ИНФАРКТ ПЛАЦЕНТЫ ПРИОБРЕТАЕТ ЦВЕТ

- 1) темно-красный
- 2) синюшный
- 3) белый с геморрагическим венчиком
- 4) буро-жёлтый
- 5) серо-желтый или серо-белый

Правильный ответ: 5

006.ОТСУТСТВИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) приращении плаценты

- 2) частичном предлежании плаценты
- 3) полном предлежании плаценты
- 4) инфаркте плаценты
- 5) плацентите

Правильный ответ: 1

007. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ РАЗВИВАЕТСЯ В СЛУЧАЕ

- 1) плацентита
- 2) имплантации бластоцисты в нижнем сегменте матки
- 3) эдometriоза
- 4) эктопической беременности
- 5) нарушений созревания ворсинчатого хориона

Правильный ответ: 2

008. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- 1) артериальная гипотензия, гипопротеинемия, гиперхолестеринемия
- 2) диспротеинемия, протеинурия, отеки
- 3) пtiализм, анемия, протеинурия
- 4) протеинурия, артериальная гипертензия, отеки
- 5) маточное кровотечение, отеки

Правильный ответ: 4

009. ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС, ХОРИОКАРЦИНОМА, ИНВАЗИВНЫЙ ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС ОБЪЕДИНЕНЫ В ПОНЯТИЕ

- 1) заболевания воспалительной природы
- 2) плацентарная недостаточность
- 3) опухоли последа
- 4) трофобластическая болезнь
- 5) гестоз

Правильный ответ: 4

010. ОТСУТСТВИЕ ЭМБРИОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1) эктопическую беременность
- 2) хориокарциному
- 3) трофобластическую опухоль плацентарного ложа
- 4) полный пузырный занос
- 5) частичный пузырный занос

Правильный ответ: 4

011. УЧАСТОК ЗАМУРОВАННЫХ В ФИБРИНОИД ВОРСИН,

СОХРАНИВШИХ КАПИЛЛЯРНОЕ РУСЛО И ЧАСТИЧНО ЭПИТЕЛИЙ
ЭТО

- 1) инфаркт плаценты
- 2) виллит
- 3) хориокарцинома
- 4) псевдоинфаркт плаценты
- 5) порок развития плаценты

Правильный ответ: 4

012. КРОВОИЗЛИЯНИЕ В БАЗАЛЬНОЙ ПЛАСТИНЕ, ПРИВОДЯЩЕЕ К
ОТСЛОЙКЕ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1) псевдоинфаркт плаценты
- 2) хориокарциному
- 3) ретроплацентарную гематому
- 4) базальную гематому
- 5) геморрагический инфаркт плаценты

Правильный ответ: 3

013. ПРОРАСТАНИЕ ВОРСИН ПЛАЦЕНТЫ В МИОМЕТРИИ С
ВОЗМОЖНОСТЬЮ РАЗВИТИЯ МЕТАСТАЗОВ

- 1) инвазивного пузырного заноса
- 2) хориокарциномы
- 3) мезенхимальных опухолей плаценты
- 4) полного пузырного заноса
- 5) приращения плаценты

Правильный ответ: 1

014. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ИЗ ЦИТО- И
СИНЦИТИОТРОФОБЛАСТА

- 1) трофокарцинома
- 2) хориокарцинома
- 3) трофобластома
- 4) цитокарцинома
- 5) синцитиокарцинома

Правильный ответ: 2

015. ВЕЗИКУЛЯРНЫЕ (ОТЕЧНЫЕ) ВОРСИНЫ РАСПРЕДЕЛЕНА СРЕДИ
МОРФОЛОГИЧЕСКИ НОРМАЛЬНОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ТКАНИ ПРИ

- 1) приращении плаценты
- 2) хориокарциноме
- 3) патологической незрелости хориона
- 4) полном пузырном заносе

5) частичном пузырном заносе

Правильный ответ: 5

016.ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПОСЛЕДА
ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ ВОСПАЛЕНИЯ

- 1) внеплацентарных оболочек и хориальной пластины
- 2) маточно-плацентарных артерий
- 3) сосудов ворсин
- 4) миометрия
- 5) базальной пластины

Правильный ответ: 1

017.ДЛЯ ГЕМАТОГЕННОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПОСЛЕДА
ХАРАКТЕРЕН

- 1) внеплацентарный хориоамнионит
- 2) базальный децидуит и виллит
- 3) миометрит
- 4) фуникулит
- 5) плацентарный хориоамнионит

Правильный ответ: 2

018.ПУПОВИНА В НОРМЕ ИМЕЕТ ДЛИНУ

- 1) 40 см - 70 см
- 2) 50 см - 80 см
- 3) 50 см - 75 см
- 4) 30 см - 70 см
- 5) 25 – 60 см

Правильный ответ: 1

019.HELLP - СИНДРОМ ЭТО

- 1) патология послеродового периода
- 2) одно из проявлений септического эндометрита
- 3) тяжёлая форма преэклампсии
- 4) тяжёлая форма эклампсии
- 5) антифосфолипидный синдром

Правильный ответ: 3

020. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕТАСТАЗОВ
ХОРИОКАРЦИНОМЫ

- 1) селезенка

- 2) кожа
- 3) лёгкие, влагалище
- 4) сердце
- 5) кости таза

Правильный ответ: 3

021.ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ ОСЛОЖНЯЕТСЯ

- 1) приращением плаценты
- 2) аномалиями плацентарного диска
- 3) плацентитом
- 4) маточным кровотечением
- 5) инфарктом плаценты

Правильный ответ: 4

022.ПРИЧИНОЙ ГИПОТРОФИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) острая плацентарная недостаточность
- 2) двудолевая плацента
- 3) короткая пуповина
- 4) окончатая плацента
- 5) хроническая плацентарная недостаточность

Правильный ответ: 5

023.СПОНТАННЫЕ АБОРТЫ РАЗВИВАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В СВЯЗИ С

- 1) преэклампсией
- 2) аномалиями плаценты
- 3) хромосомными и генными мутациями
- 4) предлежанием плаценты
- 5) эктопической имплантацией бластоцисты

Правильный ответ: 3

024.ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ ЭКЛАМПСИИ ОТ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- 1) гипертензия
- 2) отеки, протеинурия
- 3) судорожный синдром
- 4) центрлобулярные очаги некроза в печени
- 5) пtiализм

Правильный ответ: 3

025. НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ПРИЧИНА ИНФАРКТА ПЛАЦЕНТЫ

- 1) плацентит
- 2) нарушения плацентарно-плодового кровотока
- 3) нарушения кровотока в маточно-плацентарных артериях
- 4) тромбоз артерии пуповины
- 5) тромбоз артерий ворсин плаценты

Правильный ответ: 3

Ситуационные задачи

Задача №1.

У женщины, родившей доношенного ребенка, после родов не произошло отделение последа, развилось маточное кровотечение, послужившее поводом для гистерэктомии.

1. Причина нарушения отделения последа.
2. Определение данной патологии.
3. Основные группы патологических процессов плаценты.
4. Основные пороки развития формы плаценты.
5. Характеристика аномалии локализации плаценты.

Задача №2.

Молодая женщина госпитализирована с жалобами на внезапно возникшие интенсивные боли внизу живота, головокружение, резкую слабость. В результате предпринятой по экстренным показаниям лапаротомии диагностировано внутрибрюшное кровотечение, источником которого явилась маточная труба. При осмотре труба веретенообразно утолщена в ампулярном отделе, пропитана кровью, имеет небольшой дефект с неровными краями.

1. Диагноз.
2. Основные причины данной патологии.
3. Клинико-морфологические варианты развития этого процесса.
4. Основные микроскопические проявления этой патологии.
5. Основные патологические процессы в пуповине, имеющие клиническое значение.

Задача №3.

У женщины 28 лет на 3-м месяце беременности появилось кровотечение из влагалища с выделением пузырьковидных ворсин. При ультразвуковом исследовании диагностирована анэмбриония, произведено выскабливание полости матки.

1. Диагноз.

2. Определение заболевания.
3. Варианты данной патологии.
4. Прогноз заболевания.
5. Определение хориокарциномы.

Задача №4.

При гистологическом исследовании последа диагностирован хориоамнионит.

1. Определение процесса.
2. Пути проникновения инфекции в плаценту.
3. Патология, предшествующая хориоамниониту.
4. Определение виллита, интервиллезита, фуникулита.
5. Клиническое значение воспаления последа.

Задача №5

В патологоанатомическое отделение вместе с последом доставлен труп младенца массой 1700г, смерть которого наступила антенатально. На аутопсии у плода выявлены признаки острой гипоксии. В плаценте определяются, распространяющиеся на всю её толщу, неправильной формы очаги темно-красного и серо-желтого цвета, занимающие площадь 30% органа.

1. Назовите патологию плаценты.
2. Её непосредственная причина.
3. Другие причины острой плацентарной недостаточности.
4. Определение плацентарной недостаточности.
5. Основные клинические проявления преэклампсии.

Эталоны ответов

Задача №1.

1. Приращение плаценты.
2. Приращение плаценты – плотное прикрепление и врастание ворсин хориона в миометрий.
3. Пороки развития, аномалии локализации и прикрепления, воспаление, нарушения кровообращения, плацентарная недостаточность.
4. Окончатая плацента, двудолевая и многодолевая плацента, плацента, окружённая валиком или ободком.
5. Предлежание плаценты – патология, при которой плацента частично или полностью перекрывает внутренний зев матки, что наблюдается при имплантации бластоцисты в её нижнем сегменте. Предлежание плаценты осложняется маточным кровотечением в родах и в 20% случаев сопровождается мертворождением.

Задача №2.

1. Трубная беременность.

2. Причинами трубной беременности являются склероз с сужением трубы в результате её воспаления, эндометриоз, опухоль, гипоплазия желтого тела яичника, гормональная контрацепция и внутриматочные контрацептивы.
3. Разрыв трубы, преобладающий гематосальпинкс, частичный или полный трубный аборт.
4. Микроскопически в стенке трубы выявляется активная инвазия цитотрофобласта с врастанием в неё ворсин хориона, что неизбежно приводит к кровоизлияниям (гематосальпинксу) и в дальнейшем к разрыву трубы.
5. Короткая, длинная пуповина, нарушения кровообращения в сосудах пуповины (тромбоз).

Задача №3.

1. Пузырный занос.
2. Пузырный занос – патология, основным проявлением которой являются характерные изменения ворсин плаценты в виде их резкого отёка с появлением в строме полостей, заполненных жидкостью, что сопровождается неравномерной пролиферацией хориального эпителия.
3. Различают полный пузырный занос, частичный пузырный занос, инвазивный пузырный занос.
4. При частичном пузырном заносе наблюдается гибель плода. Инвазивный пузырный занос осложняется кровотечением, сопровождается метастазами, чаще в лёгкие и влагалище. В 5% случаев существует вероятность прогрессирования в хориокарциному.
5. Хориокарцинома – злокачественная опухоль из цито- и синцитиотрофобласта.

Задача №4.

1. Воспаление хориальной и амниотической оболочек.
2. восходящий, через влагалище и шейку матки; нисходящий, через маточные трубы, при источнике инфекции в придатках матки или малом тазу; гематогенный, из крови матери.
3. вульвовагинит беременной; цервицит; преждевременный разрыв плодного пузыря, длительные роды (и как следствие длительный безводный период); истмико-цервикальная недостаточность; сальпингоофорит.
4. Виллит – воспаление ворсин; интервиллезит – воспаление межворсинчатого пространства; фуникулит – воспаление пуповины.
5. Оно может привести к внутриутробному инфицированию плода (пневмонии, гастриту, энтероколиту) и его внутриутробной гибели. Воспаление оболочек стимулирует преждевременные роды. У матери высока вероятность развития послеродового эндометрита.

Задача №5:

1. Инфаркты плаценты.
2. Нарушение поступления крови матери в межворсинчатое пространство из спиральных артерий, чаще всего при их тромбозе.
3. Тромбоз межворсинчатого пространства, преждевременная отслойка плаценты.
4. Плацентарная недостаточность – нарушения функции плаценты, в основе которых лежат патоморфологические изменения, вызванные патологией организма матери.
5. Гипертензия, протеинурия, отеки.