

ГБПОУ НО НМК

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

ПМ 02 Лечебная деятельность

МДК 02.03 Оказание акушерско – гинекологической помощи

Теоретическое занятие №10

Тема: Аномалии развития и заболевания элементов плодного яйца

**Выполнил: преподаватель
Александрова Е.А.**

**Нижний Новгород
2019 г**

Цели занятия

формирование:

- ▶ **ПК 2.2 в части знаний особенностей аномалий развития и заболеваний элементов плодного яйца**
- ▶ **ОК 4, ОК 6**

Знать:

- 1. Виды аномалий развития и заболеваний элементов плодного яйца**
- 2. Особенности тактики ведения беременности при аномалиях развития и заболеваниях элементов плодного яйца**
- 3. Особенности тактики ведения родов при аномалиях развития и заболеваниях элементов плодного яйца**
- 4. Особенности перинатальной охраны плода, роли медицинских работников**

Аномалии развития плаценты

Аномалии формы плаценты

- Плацента, окруженная валиком или ободком, поясная плацента
- Плацента с добавочными дольками

Аномалии локализации плаценты

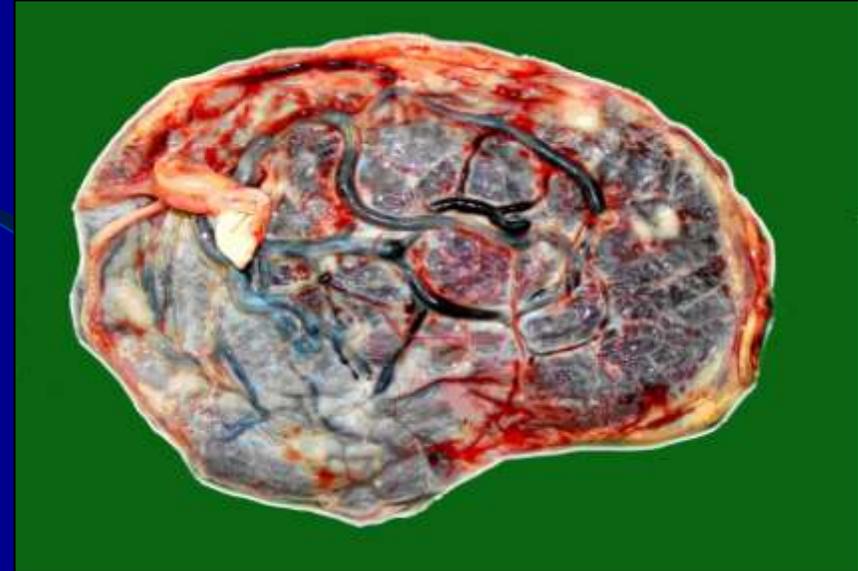
Центральное и краевое предлежание плаценты (по отношению к внутреннему зеву матки)

Аномалии отделения последа

- Приращение плаценты
- Преждевременная частичная или полная отслойка нормально расположенной плаценты

Плацента, окруженная валиком

- Валик состоит из некротизированных ворсин и децидуальной ткани, пропитанных фибриноидом
- Следствие отслойки плаценты в ранние сроки беременности



Аномалии формы плаценты

- 1. Плацента, окруженная валиком –результат частичной отслойки или воспаления.
- 2. Плацента с добавочными дольками. Указанные аномалии не оказывают неблагоприятного влияния на развивающийся плод, но являются косвенным признаком нарушения имплантации и плацентации.

- **Аномалии локализации плаценты**

- Центральное и краевое предлежание плаценты возникает при нарушении имплантации бластоцисты в нижнем сегменте матки

Плацентарная недостаточность

клинико-морфологический синдром, обусловленный структурными и функциональными изменениями в плаценте, сопровождающимися нарушениями роста, развития и состояния плода

Синдром является результатом сложной реакции плаценты на различные патологические состояния материнского организма и проявляется нарушениями транспортной, трофической, эндокринной и метаболической функций плаценты.

Классификация плацентарной недостаточности

- Различают первичную и вторичную плацентарную недостаточность.
- Первичная ПН развивается в период имплантации (до 12 дня беременности) и плацентации (до 10 недели) и является основой формирования пороков развития у плода .

Вторичная плацентарная недостаточность

Возникает после 16-ой недели беременности на фоне сформировавшейся плаценты под влиянием неблагоприятных экзогенных факторов.

Острая плацентарная недостаточность

Возникает как следствие острых обширных геморрагических инфарктов, апоплексии, тромбоза межворсинчатого пространства и преждевременной отслойки плаценты с формированием ретроплацентарной гематомы.

Хроническая плацентарная недостаточность

- **Выявляется у каждой третьей беременной женщины группы высокого риска. Перинатальная смертность в этой группе достигает 60%.**

Аномалии развития пуповины

Аномалии прикрепления:

- краевое;
- оболочечное - прикрепление пуповины к оболочкам на некотором расстоянии от плаценты;
- прикрепление пуповины к плаценте двумя или тремя ветвями

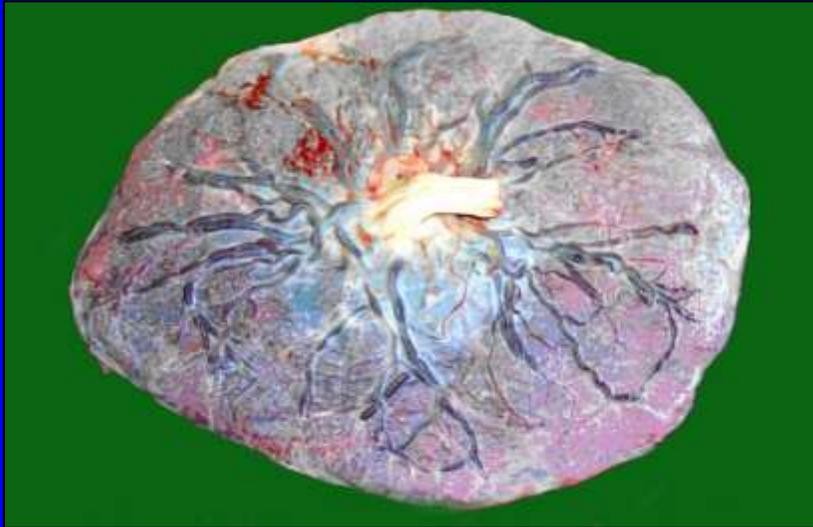
Аномалии длины:

- абсолютно короткая – 40 см и меньше
- удлинение пуповины – 70 см и более.

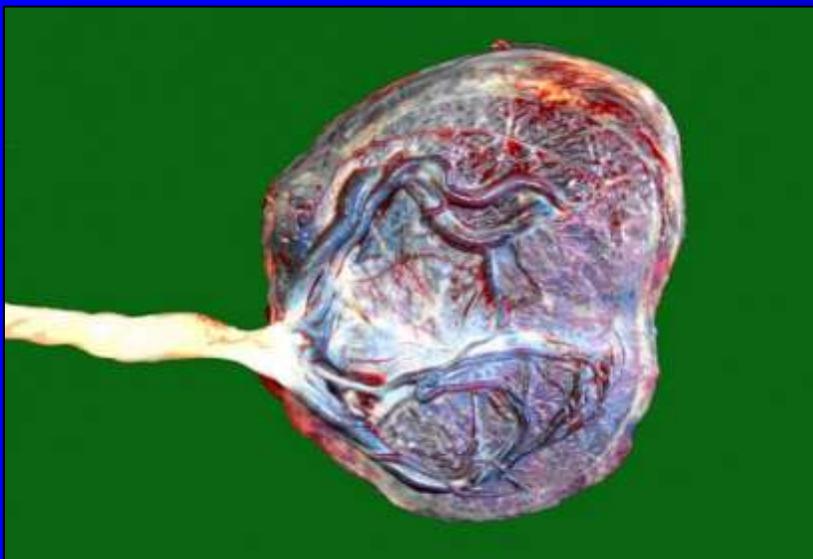
Аномалии сосудов пуповины:

- отсутствие или недоразвитие одной из артерий;
- удвоение числа артерий.

Варианты прикрепления пуповины



- Центральное прикрепление пуповины



- Краевое прикрепление пуповины

Заболевания пуповины



- Варикозное расширение пуповинной вены



- Ложные узлы пуповины с гипертрофией вартонова студня

Аномалии пуповины



- Гипоплазия пупочного канатика



Перекрут пупочного канатика с расширением пуповинной вены в витках

Аномалии амниона

- преждевременный разрыв плодных оболочек.
- многоводие маловодие
- амниотические сращения (тяжи Симонарта)

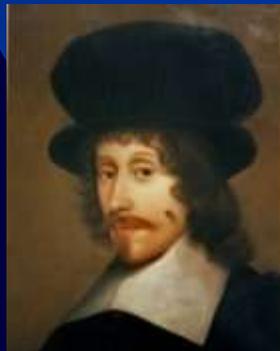
Аномалии амниона

- преждевременный разрыв плодных оболочек. При раннем разрыве оболочек возрастает частота пре- и неонатальной инфекции;
- многоводие
- маловодие
- сочетается с гипоплазией плода, плаценты и с эмбриопатиями

Вартонов студень

масса студенистой соединительной ткани, окружающая кровеносные сосуды и остатки других зародышевых органов, проходящие в пупочном канатике, прикрепляющем плод к последу.

Назван в честь описавшего его британского анатома Томаса Вартона.



Тяжи Симонарта

- **Амниотические перетяжки** (тяжи Симонара) — волокнистые нити (амниотические тяжи), возникающие в плодном пузыре (амнионе). Проходя через его полость, они могут опутывать, связывать или пререзать части тела плода или пуповину, вызывая различные пороки развития. Возникающие в результате поражения называют синдромом амниотических перетяжек.



Эмбриопатии

ФЕТОПАТИИ

Определение понятий

Врожденный порок развития	стойкие морфологические отклонения от нормального строения ткани, органа или организма, возникающие внутриутробно вследствие нарушения процессов развития или гораздо реже – после рождения ребенка при последующем формировании органов
Врожденные аномалии	пороки развития, не сопровождающиеся нарушениями функции органов и не обезображивающие больного
Уродства	пороки развития, выявляемые при наружном осмотре и обезображивающие больного
Стигмы дисэмбриогенеза (стигма – точка, греч.)	минорные врожденные аномалии строения наружных частей тела, дегенеративные физические признаки вырождения
Тератогены	факторы, индуцирующие ВПР

ЭТИОЛОГИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И ТЕРАТОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

ЭНДОГЕННЫЕ

- мутации
- эндокринные и метаболические заболевания
- «перезревание» половых клеток
- возраст родителей – у юных матерей и женщин старше 35 лет

● ЭКЗОГЕННЫЕ

- радиационные
- механические
- химические, неполноценное питание
- биологические

ВИДЫ ВПР В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

1. Гаметопатии - прогenez (гаметогenez)

2. Блaстопатии - 1-15 сут.

3. Эмбриопатии - 16 сут.- 10 нед. включительно

4. Фетопатии –

- 11 нед.- до 28 нед.
- 28 нед.- до родов

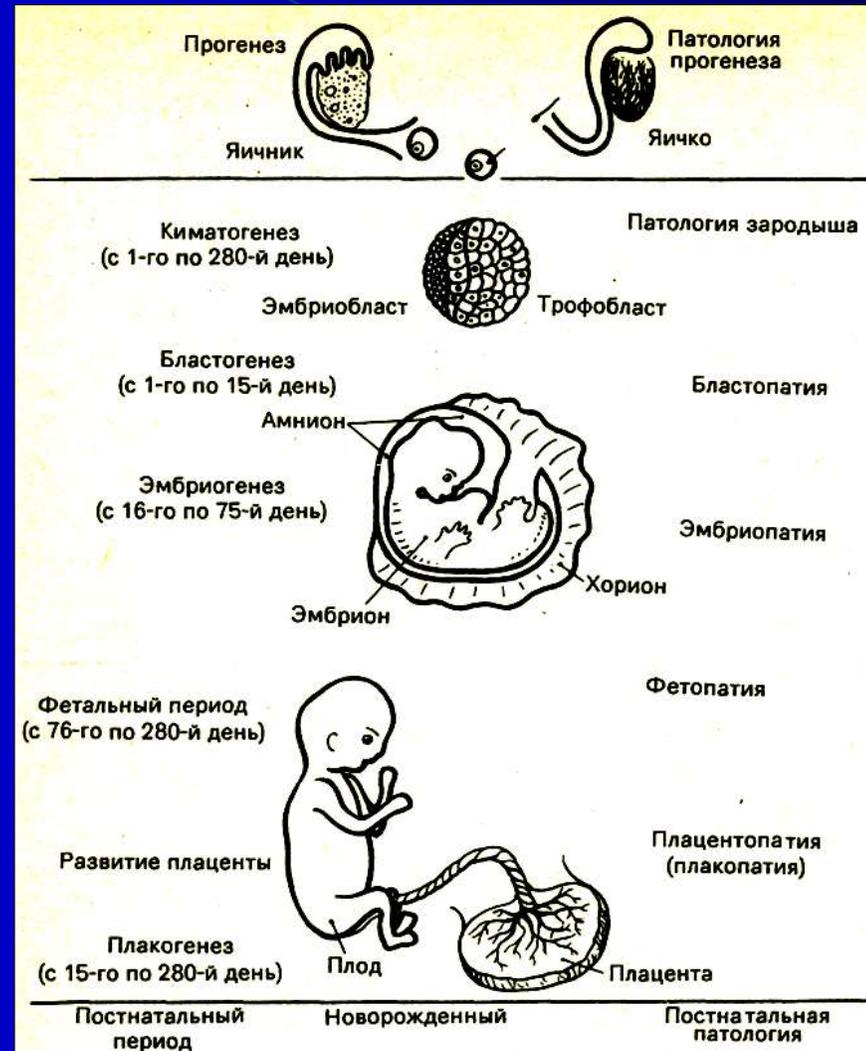


Рис. 291. Киматогenez и виды патологии зародыша. Слева — нормальный прогenez и киматогenez, справа — патология прогenezа и киматогenezа (по Гертеру).

Классификация ВПР в зависимости от морфологических нарушений

Агенезия	полное врожденное отсутствие органа или его зачатка
Аплазия	врожденное отсутствие органа с наличием его сосудистой ножки
Олигодактилия, олигогирия	отсутствие отдельных частей органа
гипоплазия	недоразвитие органа, уменьшение его массы и размеров
гипотрофия	уменьшение массы тела новорожденного или плода
Врожденная гипертрофия (гиперплазия)	увеличение массы или размеров органа
Макросомия	увеличение длины, массы тела
«Пахис» (толстый)	утолщение извилин головного мозга, фаланг пальцев

ФЕТОПАТИИ

- **врожденные аномалии, развивающиеся в период фетогенеза, т.е. на 11- 40 нед. гестации и проявляющиеся нарушениями роста и дифференцировки тканей**

ВИДЫ ФЕТОПАТИЙ

- **1) Ранние:**
- **формируются на 76- 180 день гестации, 11-28 нед.**
- **2) Поздние: формируются на 181-280 день, 29-40 нед.**
- **3) Инфекционные и неинфекционные**

АЛКОГОЛЬНАЯ ЭМБРИО- И ФЕТОПАТИЯ

Причина

снижение в тканях эмбриона и плода фолиевой кислоты из-за воздействия – ацетальдегида.

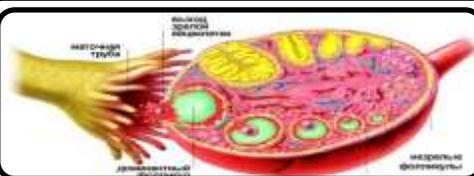
- **Недоношенность**
- **ВПР**
- **1) гипоплазия, дефицит массы тела и роста, ЗВУР**
- **2) нарушения развития черепа, тканей лица**
- **3) ВПР сердца, ЦНС**
- **5) ВПР конечностей и скелета, гениталий**
- **6) неврологические изменения**

Заболевания хориона

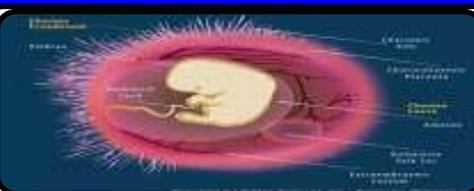
Теории возникновения пузырного заноса



Теория вирусной трансформации трофобласта (во время эпидемий гриппа)



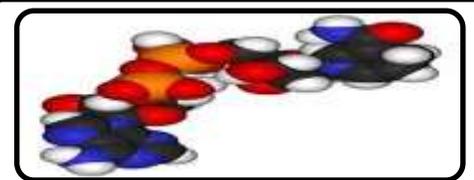
Заболевание яйцеклетки в яичнике – выделяется патологическая яйцеклетка, происходит гибель эмбриона и пролиферация плазматических клеток.



Децидуальная теория: децидуальный эндометрит приводит к вторичному перерождению ворсин хориона и их пролиферации.



Иммунологическая теория: к антигенам плодного яйца возникает слабый иммунный ответ и вместо выкидыша развивается пузырный занос.



Ферментативная теория: повышение уровня гиалуронидазы, разрушающей сосудистую стенку в 7,2 раза при пузырном заносе, в 15,6 раз при хорионкарциноме.



Дефицит белка приводит к дефициту генов в хромосомах оплодотворенного яйца.

классификация(по клиническим формам)

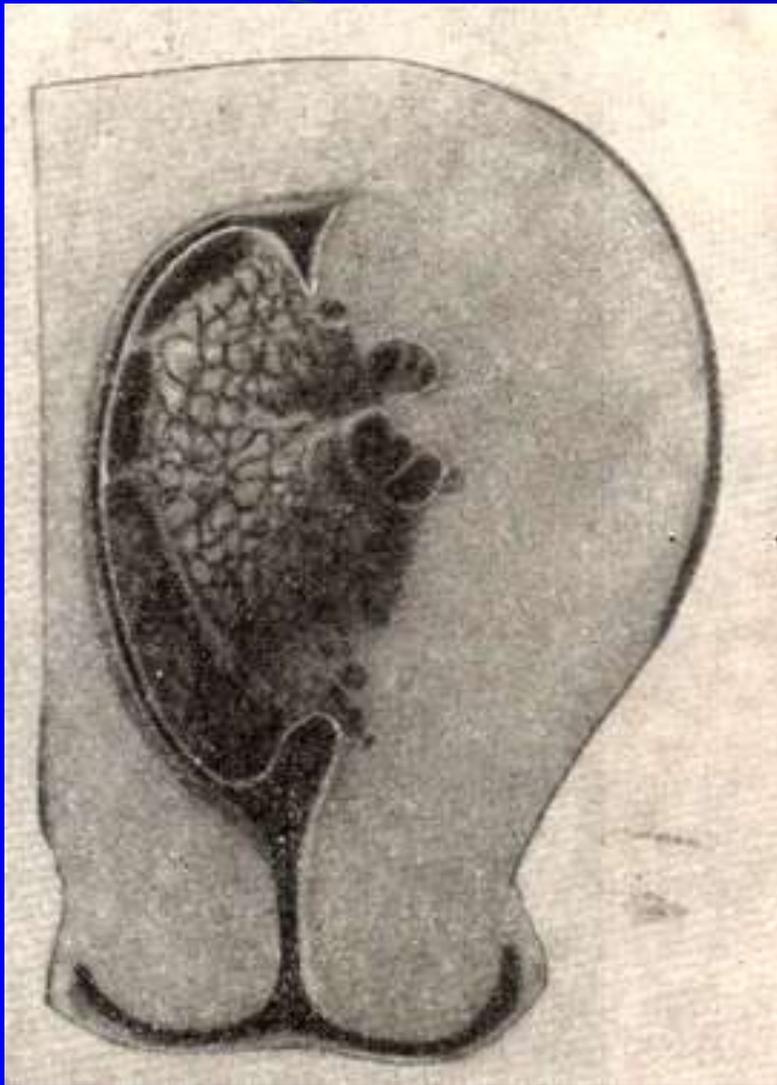
1. **Пузырный занос** – плодное яйцо превращается в гроздевидный конгломерат, в котором каждый из пузырьков является измененной ворсиной хориона.

- *полный пузырный занос* (отсутствие плода);

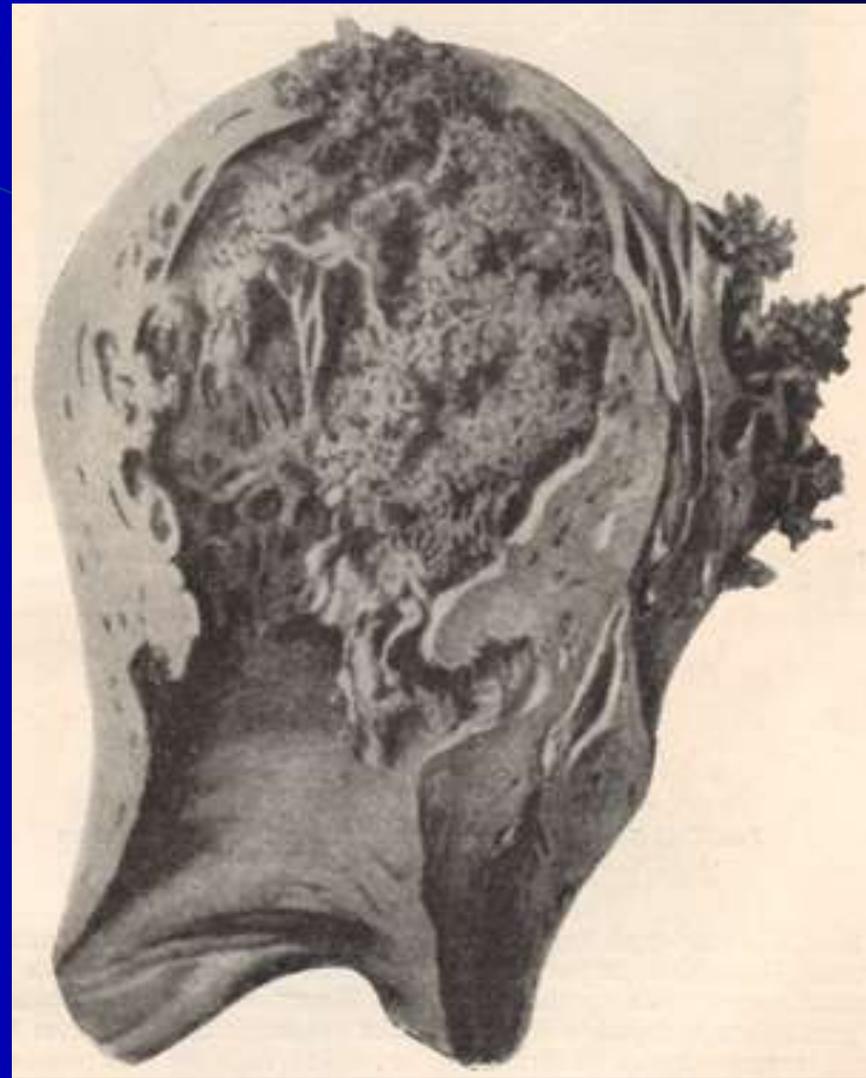
- *частичный пузырный занос* (наличие плода с тенденцией к ранней гибели, имеются неповрежденные ворсины).

3. **Инвазивный (деструкующий) пузырный занос** – опухолевидный процесс с инвазией миометрия, гиперплазией трофобласта и сохранением плацентарной структуры ворсин.

4. **Хорионкарцинома** – возникает в виде узлов, локализующихся в месте внедрения плодного яйца.



Простой пузырный занос



Инвазивный пузырный занос
(перфорация стенки матки)

ДИАГНОСТИКА ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА

ЖАЛОБЫ:

- *задержка менструации* (женщина считает себя беременной);
- *маточные кровотечения* (под видом самопроизвольного аборта) – первый признак заболевания;
- *боли внизу живота* и поясничной области (объясняются прорастанием стенок матки до серозного покрова).
- *ранний токсикоз беременных* (рвота).

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР:

- *несоответствие размеров матки* предполагаемому сроку беременности;
- *неоднородная консистенция* матки;
- *отсутствуют достоверные признаки* беременности;

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА



УЗИ



Рентгенологический метод и КТ: метастазы в легких



Уровень ХГЧ в сыворотке крови методом ИФА: высокий уровень ХГЧ после 12 недель



Имунохимический метод – определение трофобластического бета-глобулина в сыворотке крови

НАБЛЮДЕНИЕ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА

ежемесячное определение ХГЧ в течение 2-х лет.

УЗИ органов малого таза каждые 2 недели до ремиссии, затем каждые 3 месяца в течение 1 года.

Рентгенография органов грудной клетки, если не происходит снижение титра ХГЧ.

Контрацепция в течение 2-х лет. После химиотерапии беременность разрешается через 1-2 года (риск аномалий развития плода).

Прекращение кровянистых выделений;
Появление регулярных менструаций.

— благоприятный признак

Непрекращающиеся кровянистые выделения;
Субинволюция матки;
Стабилизация или нарастание ХГЧ.

— При злокачественном течении
пузырного заноса

Особенности перинатальной охраны плода, роли медицинских работников

- **Перинатальная охрана плода** - комплекс социально-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий направленных на создание оптимальных условий для развития плода с целью обеспечения физиологического течения беременности, предупреждения врожденных заболеваний, аномалий развития и перинатальной смертности.
- **Роль медицинского работника**
 - ранняя диагностика,
 - профилактика аномалий развития и заболеваний элементов плодного яйца.
- **Пренатальная диагностика** - комплексные исследования, основанные на использовании инструментальных и лабораторных методов, включая УЗИ сканирование плода, фетоамниографию, фетоскопию, биопсию хориона, амниоцентез.

Желаю успеха

