

Тема: Патоморфологія вагітності, пренатального і постнатального періодів

Гестози /токсикози/ вагітних. Гестозами називають хвороби, які етіологічно пов'язані з вагітністю, ускладнюють її перебіг і, як правило, зникають після пологів або переривання вагітності.

Гестози поділяють на ранні й пізні. До групи ранніх гестозів /до 20 тижнів вагітності/ належать: блювота вагітних /легка, помірна і нестримна/ і птіалізм /слинотеча/. Групу пізніх гестозів /після 20 тижнів вагітності/ складають: водянка вагітних, нефропатія, преeklampsія й eklampsія. Зрідка, незалежно від терміну вагітності, зустрічаються гестози у вигляді дерматозу, хореї, тетанії, жовтяниці, остеомалії, бронхіальної астми, гострої жовтої атрофії печінки.

За сучасними поглядами, гестози - це адаптаційна недостатність нервової та ендокринної систем в умовах вагітності, неспроможність їх пристосувати жіничий організм до підвищених вимог. Г.Сельє відносив пізні гестози, зокрема eklampsію, до хвороб адаптації.

Гестози характеризуються ураженням багатьох органів і систем. Вони обов'язково проявляються симптомами з боку нервової системи - від легкого порушення збудливості й парестезій до судом і коми. Характерні також серцево-судинні розлади: дегідратація й артеріальна гіпотензія - при ранніх гестозах, гіпертензія - при пізніх. Важкі форми ранніх і всі пізні гестози супроводжуються ураженням нирок.

За клінікою і наслідками найважчим різновидом гестозу є eklampsія. Цю форму пізнього гестозу можна спостерігати і під час вагітності, і під час пологів, і в післяпологовий період.

Приступ eklampsії складається з чотирьох послідовних періодів: а/ передсудомний - з'являються посмикування м'язів обличчя, верхніх кінцівок, закриваються повіки, спускаються куточки рота; б/період тонічних судом, найнебезпечніший для матері й плода - тетанічні корчі охоплюють усе тіло, припиняється дихання, внаслідок гіпоксичної гіпоксії настає ціаноз, втрачається свідомість; в/період клонічних судом - скорочення м'язів обличчя, кінцівок і тулуба чергуються з їх розслабленнями; г/завершення приступу.

Приступи eklampsії загрожують життю матері і плода. Материнська смертність зумовлена гіпоксією, крововиливами в мозок, серцево-судинною недостатністю, набряком легень, а після припинення приступу - недостатністю нирок і аспіраційною пневмонією. Діти часто народжуються недоношеними, в стані асфіксії, а в тих, які народилися вчасно, проявляються ознаки, гіпотрофії і функціонального недорозвитку.

Позаматкова вагітність. Коли запліднена яйцеклітина прикріпилася не до стінки матки, а в іншому місці на шляху свого просування, така вагітність називається позаматковою або ектопічною. У 99,5% випадків позаматкової вагітності яйцеклітина імплантується в стінку маткової труби /трубна вагітність/, дуже рідко вагітність розвивається в черевній порожнині, яєчнику і рудиментарному разі матки.

Етіологія позаматкової вагітності добре відома. Найчастіше причиною її є запальні захворювання жіночих статевих органів, спричинені стрептококами, гонококами, кишковою паличкою та іншими мікроорганізмами. Трубна вагітність спостерігається, як правило, в жінок, в яких попередні пологи ускладнилися запальним процесом або мали місце аборти. На етіологічну роль запалення вказують такі факти, як вторинне безпліддя, а також поєднання правобічної трубної вагітності з апендицитом. Наступна причина позаматкової вагітності - інфантилізм. У здорової жінки яйце долає шлях від яєчника до порожнини матки за 6-7 діб. При інфантилізмі маткові труби довгі й звивисті, тому яйце рухається повільніше. Ці умови сприяють його імплантації в слизову труби.

Серед інших причин позаматкової вагітності слід назвати туберкульоз труб, пухлини труб і яєчників, ендометріоз.

Коли трубна вагітність переривається розривом труби в напрямку широкої зв'язки матки, плідне яйце потрапляє у простір між двома її листками. Там формується нове плодовмістилище, і розвиток плода продовжується /вторинна міжзв'язкова вагітність/.

У діагностиці позаматкової вагітності має значення гістологічне дослідження ендометрія. Тканина, отримана шляхом вишкрібування матки з приводу патологічної кровотечі, не містить ворсин хоріона. При вивченні зрізів ендометрія можна виявити атипові клітини з набряканням і вакуолізацією протоплазми, гіпертрофією, гіперхромазією і фрагментацією ядер /феномен Аріас- Стела/.

Виношування позаматкової вагітності до кінця - рідкісне явище.

Самовільний аборт. Аборт - це переривання вагітності протягом перших 26 тижнів. Аборт, що стався без будь-якого втручання, називають самовільним, а якщо він повторився більш, ніж два рази - звичним. Самовільні аборти складають 2-8% усіх вагітностей.

Причини самовільного абортів дуже різноманітні. За частотою перше місце посідає інфантилізм, при якому спостерігається гіпофункція яєчників, незавершеність процесів перетворення слизової матки в децидуальну оболонку, надмірна збудливість матки.

Самовільні аборти спостерігаються при ендокринній патології - цукровому діабеті, гіпер- і гіпотиреозі, андрогенній гіперфункції кори надниркових залоз. Етіологічне значення мають гострі та хронічні інфекційні хвороби.

Виникненню самовільних абортів сприяють штучні переривання вагітності в минулому. Насамперед тут мають значення запальні процеси, якими може ускладнитися штучний аборт /ендометрит/. Пошкодження акушерським інструментом м'язового шару істмічного відділу шийки матки зменшує його скоротливу силу /істміко-цервікальна недостатність/, і внутрішній зів шийки матки залишається розширеним. Отже розладнується важливий механізм, який підтримує плід у порожнині матки. Плід поступово опускається в канал шийки матки і врешті-решт викидається завдяки скоротливій діяльності міометрія.

Висока ймовірність самовільного переривання вагітності в жінок з вродженими вадами розвитку матки або з набутими деформаціями, хромосомними аномаліями, аліментарна дистрофія /білково-калорійне голодування/, фізичні і психічні травми.

Виділяють п'ять стадій самовільного аборту: загрозливий аборт, початковий аборт, аборт у розпалі, неповний аборт, повний аборт.

Якщо процес вигнання плода триває довго, в матку може потрапити патогенна мікрофлора: стафілококи, стрептококи, ентерококи, збудники газової гангрені /інфікований аборт/, який може призвести до септицемії - розмноження мікроорганізмів у крові й септикопіємії - розвитку септичних метастазів у легенях, печінці, нирках, мозку. Цей небезпечний для життя жінки стан називають септичним абортom.

Плацентарний поліп. Так називають одне з ускладнень абортu або пологів, коли частинка плаценти після видалення плода не втрачає зв'язку з стінкою матки і проростає сполучною тканиною. Ця структура перешкоджає регенерації слизової оболонки, спричиняє тривалі кров'янисті виділення і створює небезпеку розвитку ендометриту. Плацентарний поліп видаляють з матки шляхом вишкрібування.

Пухирний занесок. В основі цієї рідкісної хвороби лежить трансформація ворсинок хоріона в пухирці, які заповнені прозорою рідиною. Розміри пухирців - від просіяного зерна до вишні. Вони прикріплені на стебельцях, як грона винограду, а між ними знаходяться елементи децидуальної оболонки. У центрі конгломерату часом зберігаються залишки плідного яйця.

Причини виникнення пухирного занеску не з'ясовані. Припускають, що деяке етіологічне значення має патологія ендокринних залоз, зокрема яєчників. Щодо ролі інфекційних та інших захворювань матері сталої думки не існує.

Патоморфологічні особливості даної патології визначають її клінічні симптоми: маткові кровотечі, особливо під час вигнання пухирного занеску; відсутність достовірних ознак вагітності - частини пдода не промацуються, тони серця не прослуховуються, рухи плода не визначаються; невідповідність між строком вагітності й величиною матки, розміри якої неадекватно збільшені за рахунок численних пухирів і скупчення крові; висока частота ранніх і пізніх гестозів.

Пухирний занесок небезпечний не тільки масивними кровотечами, але й можливістю перетворення його в хоріонепітеліому - злоякісну пухлину, що схильна до швидкого росту і метастазування. Малігнізуються 5-6% пухирних занесків. Діагностичне значення в даному випадку має гістологічне дослідження зскрібків матки.

Післяпологові інфекційні захворювання матки. Запальні ураження пологових шляхів - найбільш розповсюджена патологія післяпологового періоду. Первинне вогнище запалення майже завжди локалізується в матці. Після пологів внутрішня поверхня її являє собою суцільну рану, яка служить

вхідними воротами для інфекційних агентів. Найбільше етіологічне значення мають такі мікроорганізми, як стафілококи, анаеробні стрептококи, деякі типи гемолітичних стрептококів, кишкова паличка, ентеробактер, протей, синьогнійна паличка. Післяпологовий ендометрит найчастіше викликається кишковою паличкою й ентерококом, рідше - анаеробною мікрофлорою. Елементи децидуальної оболонки, звернені в порожнину матки, зазнають некрозу, а глибші шари інфільтруються лейкоцитами.

Пологова травма. Під час пологів травматизації може зазнати і жінка, і плід. Внаслідок перерозтягнення пологових шляхів або застосування акушерського інструментарію в 10-14% жінок /частіше в тих, які народжують вперше/ виникають розриви промежини, зовнішніх статевих органів, піхви. При ускладнених пологах можливий розрив матки.

Розриви промежини належать до найчастіших видів пологової патології. Причини їх різноманітні: недостатня еластичність тканин, особливо в жінок, які вперше народжують після 30 років, рубці після попередньої пологової травми, великі розміри голови і плечиків плода, стрімкі пологи, накладання акушерських щипців, неправильне ведення пологів.

Масштаби пошкодження промежини бувають різними. Виділяють три ступені розривів: I ступінь - розриваються задня спайка, частина задньої стінки піхви і шкіра промежини; II ступінь - розрив захоплює додаткові м'язи тазового дна /леватори/; III ступінь - розрив досягає сфінктера заднього проходу, іноді з пошкодженням передньої стінки прямої кишки.

Розриви промежини небезпечні за безпосередніми і віддаленими наслідками /кровотеча, інфікування аж до сепсису, втрати здатності підтримувати матку, що призводить до її випадіння/ тому підлягають обов'язковому зашиванню відразу ж після пологів.

Шийка матки зазнає травматизації /розривів/ при всіх пологах. Дрібні надриви і садна не становлять небезпеку і не мають клінічного значення. Великі розриви спостерігають у 25% пологів. Механізм їх пов'язаний з швидким і надмірним розтягненням тканини під час просування плода. Це буває у випадках великого плода, переношеної вагітності, при розгинальних вставленнях голови. При стрімких пологах шийка матки травмується тому, що не встигає повністю розкритися. Подібний механізм розривів при тазових передлежаннях, коли голова проходить пологові шляхи дуже швидко.

Дуже легко розривається шийка матки при передлежанні плаценти. Вона перетворюється по суті на кавернозну тканину з багатою судинною мережею, яка легко руйнується в процесі вигнання плода або при виконанні акушерських маніпуляцій і оперативних втручань.

Великі розриви шийки матки супроводжуються кровотечею, яка починається відразу після народження плода /до того моменту судини були стиснуті кровоточилися незначно/. Кровотеча, як правило, незначна.

До рідкісних, але дуже небезпечних ускладнень пологів /а часом і вагітності/ належить розрив матки. Пошкодження всіх шарів матки /слизової, міометрія й очеревини/ та утворення сполучення між порожниною матки і порожниною очеревини називають повним розривом. Якщо очеревина

залишається цілою, розрив вважають неповним. Це можливо лише в ділянці нижнього сегмента матки, де між очеревиною і маткою знаходиться товстий шар клітковини. Тонкостінний нижній сегмент взагалі розривається найчастіше, хоча можливі розриви в ділянках тіла і дна матки. Повні розриви зустрічаються у 10 разів частіше, ніж неповні.

В етіології розривів матки відіграє велику роль пошкодження м'язового шару. Неповноцінність міометрія може бути пов'язана з кесаревим розтином, вилущуванням фіброматозного вузла, пошкодженням матки під час абортів, запальними і дегенеративними змінами в матці /метроендометрит/.

Серед найтяжчих пологових травм необхідно виділити акушерські фістули. Їх спостерігають після патологічних пологів. Мимовільні фістули є результатом стискування м'яких тканин між головою плода і кістками таза. Спереду стискання зазнають сечовий міхур, уретра, шийка матки, переднє піхвеве склепіння, ззаду - пряма і сигмовидна кишка, заднє склепіння і задня стінка піхви. Головні причини їх - вузький таз, великий плід, неправильне передлежання, затяжні пологи, коли вони давно відійшли. Зрідка виникають насильницькі фістули після травматизації тканин акушерськими інструментами

Пологову травму плода спостерігають у 2% немовлят. Головна причина її - оперативне завершення пологів та різні акушерські маніпуляції /накладання щипців, вакуумекстракція, внутрішній поворот на ніжку, витягування плода за тазовий кінець/. Трапляються перелом ключиці, плечової кістки, стегна і гомілки, пошкодження лицевого нерва, плечового сплетіння, розрив грудино-ключично-сосковидного м'яза, некроз шкірної клітковини. Внутрішньочерепні травми супроводжуються субдуральними, субарахноїдальними і внутрішньомозковими крововиливами. Наслідки цих травм залежать від локалізації крововиливу і ступеня пошкодження мозкового кровообігу.