

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ У ЖЕНЩИН С ГЕСТОЗОМ

Т.А. Колесникова, Т.В. Новицкая, И.И. Недвецкая, В.А. Лискович, Т.Ю. Егорова

УО «Гродненский государственный медицинский университет», УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», г.Гродно, Республика Беларусь

Проблема исхода беременности у женщин с гестозом чрезвычайно актуальна, так как гестоз занимает ведущее место в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности.

Целью данного исследования явилось изучение фетоплацентарной системы женщин с гестозом легкой и средней степеней тяжести.

Материалы и методы: обследованы 90 женщин в сроки гестации 35-37 недель, из них 30 составили пациентки с гестозом легкой степени (1 группа), 30 – с гестозом средней степени тяжести (2 группа). В контрольную группу вошли 30 женщин с физиологически протекавшей беременностью. Кроме общеклинических, использовались специальные методы исследования: суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ультразвуковая доплерометрия кровотока в маточных артериях, артерии пуповины и аорты плода с определением углозависимых индексов сосудистого сопротивления: систоло-диастолического отношения, индекса резистентности, пульсационного индекса.

Анализ полученного клинического материала позволил установить, что среди беременных с гестозом хроническая артериальная гипертензия, вегето-сосудистая дистония по гипертоническому и гипотоническому типам, варикозное расширение вен нижних конечностей, заболевания почек встречались достоверно чаще, чем у женщин контрольной группы ($p < 0,05$). Компенсированная фетоплацентарная недостаточность (ФПН), согласно результатам ультразвуковой диагностики, имела место у 13 (42,5%) обследованных первой группы и 24 (80,0%) – второй. У беременных контрольной группы эхографические признаки ФПН отсутствовали. Частота развития синдрома задержки роста плода, как наиболее яркого клинического проявления фетоплацентарной недостаточности в 1 группе составляла 15,0%, во 2 – 30,0%, тогда как в группе контроля эта патология не встречалась ($p < 0,05$). Преждевременное созревание плаценты – у 10 (14,3%), увеличение или уменьшение толщины плаценты – у 20 (28,59%), многоводие – у 2 (2,86%), маловодие – у 2 (2,86%), локальное повышение тонуса матки у 22 (31,43%) беременных с гестозом легкой и средней степеней тяжести. По данным доплерографии у 27,5% беременных первой и 48,2% второй групп показатели маточно-плацентарной гемодинамики были нарушены, о чем свидетельствовало повышение систолодиастолического соотношения и индекса резистентности в маточных артериях и артерии пуповины. При оценке результатов кардиотокографии (КТГ) у 9 беременных с гестозом легкой степени и у 16 – с гестозом средней степени обнаруживались монотонность ритма, малая частота осцилляций, появление неправильных акцелераций и децелераций, гиперреактивный нестрессо-

вый тест, что позволило диагностировать у этих пациенток начальное, или умеренное, нарушение реактивности сердечно-сосудистой системы плода. В группе контроля указанные особенности КТГ имели место у 2 (6,66%) беременных. Своевременными родами и рождением доношенных детей закончилась беременность у всех женщин контрольной группы. В первой группе 1 женщина родила преждевременно. Во второй группе преждевременные роды произошли у 4 пациенток. Перинатальная заболеваемость новорожденных от матерей с гестозом была значительной и характеризовалась следующими нозологическими формами: пренатальная гипотрофия – у 3 (4,28%), морфофункциональная незрелость – у 2 (2,85%), респираторный дистресс синдром – у 3 (4,28%), симптомы поражения ЦНС (повышенное беспокойство, реактивность, расстройство сна, изменение мышечного тонуса, склонность к быстрому охлаждению, локальный цианоз и «мраморность» кожных покровов, угнетение физиологических рефлексов, тремор конечностей) – у 7 (10,0%), анемия – у 4 (5,71%).

Анализ данных СМАД показал, что при гестозе легкой степени отмечается повышение диастолического или систолического артериального давления (ДАД, САД), более выраженное в ночные часы – индекс времени (ИВ) по ДАД в ночные часы составил 31%, по САД–30%. У 50% беременных этой группы зарегистрировано нарушение суточного ритма и САД и ДАД – non-dipper, у 27% нарушен ритм или ДАД или САД, 23% имели достаточное ночное снижение и САД и ДАД (dipper). Скорость утреннего подъема АД колебалась в пределах 1-14 мм. рт. ст. /час. Гестоз средней степени тяжести характеризовался одновременным повышением и САД и ДАД, наблюдалась тенденция к повышению САД только во время сна, ИВ по САД в дневное время составил– 19%, в ночные часы – 48%. ДАД было повышено в течение всех суток, однако ночью гипертоническая нагрузка была более выраженной: ИВ по ДАД днем – 42%, ночью - 59%. Отмечалось прогрессирующее нарушение суточного ритма АД: у 5% беременных ночное ДАД было выше, чем дневное (night-picker), 55% беременных относились к группе non-dipper, и лишь 6% имели достаточное ночное снижение АД.

В группе контроля по суточному ритму АД беременные распределились следующим образом: 48% имели остаточное ночное снижение АД (dipper), 47,5% относились к non-dipper, у 4,5% женщин отмечалось избыточное снижение АД во время сна (over-dipper). СМАД позволяет выявить начальные проявления гестоза в виде ночной гипертензии, нарушения суточного ритма АД; определить истинную тяжесть гестоза, выраженную в наибольшей гипертонической нагрузке в ночные часы и появлении извращенного циркадианного ритма АД, что недоступно в обычной клинической практике. Кроме того, СМАД дает возможность снять предварительный диагноз гестоза у 40,5% беременных и избежать необоснованного назначения антигипертензивных препаратов, развития чрезмерной гипотензии, которая может привести к гипотрофии и гибели плода.

Проведен сравнительный анализ патоморфологических изменений в плацентах, полученных при беременности, осложненной гестозом. В ходе клинико-статистического анализа в исследуемых группах выявлены следующие особенности. При патоморфологическом исследовании последов в указанных выше группах не выявлено достоверных различий по форме плацент, особенностям прикрепления пупочного канатика и органометрическим параметрам (масса, объем и площадь материнской поверхности), поскольку в обеих группах примерно в равных количествах встретилась патология, связанная с этими параметрами. Так гипоплазия плацент во II гр. диагностирована в 37,4% случаев, а в первой – в 36,3% случаев, однако эти изменения были выявлены достоверно чаще в сравнении с группой контроля. С одинаковой частотой в плацентах обнаружены хронические нарушения материнского кровообращения в виде геморрагических инфарктов и тромбоза межворсинчатого пространства. Острые расстройства маточно-плацентарного кровообращения (преждевременная отслойка плаценты, крупноочаговые острые геморрагические инфаркты, апоплексия и нодулярная ишемия) достоверно чаще встречались при гестозе средней степени тяжести ($p < 0,05$). К отличительным особенностям плацент II гр. относятся нарушения плодового кровообращения, а именно, ишемические инфаркты, которые в два раза чаще встречались в последах данной группы. Одновременно в плацентах данной группы увеличивается объем материнского фибриноида в базальной пластинке, в зонах некроза эпителия ворсин и во вневорсинчатом цитотрофобласте. При гестозе компенсация в плацентах более выражена, преимущественно за счет гиперплазии терминальных ворсин и капилляров. Среди адаптивных изменений преобладало полнокровие промежуточных и терминальных ворсин.

Таким образом, одним из частых проявлений гестоза беременных являлась ФПН, характеризовавшаяся эхографическими признаками компенсированной формы расстройства маточно-плацентарной и фетоплацентарной гемодинамики, нарушением реактивности сердечно-сосудистой системы плода. Женщины с гестозом нуждаются в своевременной диагностике нарушений фетоплацентарной системы и комплексной терапии гестоза и ФПН.