

Т.Н. Мацуганова

ГУО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск

Воспалительные изменения в последах при различных формах гестоза беременных

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) является важнейшей проблемой современной перинатологии. Основными проявлениями ФПН являются гипоксия и внутриутробная задержка развития плода. В развитии ФПН при гестозе наиболее важную роль играют нарушения иммунных процессов инвазии трофобласта в микрососуды децидуальной оболочки, следствием чего является ухудшение маточно-плацентарного кровообращения [4]. К наиболее распространенным методам диагностики ФПН относятся ультрасонография, доплерометрия, кардиотокография. Ключевым показателем проявления ФПН могут быть результаты гистологического обследования плацент после родов. В связи с этим появляются работы, посвященные изучению клинико-морфологических параллелей в диагностике плацентарной недостаточности [1,3, 5].

В последние годы все чаще среди морфологических находок в плаценте обнаруживаются воспалительные изменения. Так, по данным Л.Я.Супрун [6], с 1995 по 2005г частота этой патологии увеличилась более чем в два раза (с 32% до 78%).

Целью настоящей работы явилось изучение частоты и характера воспалительных изменений в последах при различных клинических проявлениях гестоза у 102 беременных, родоразрешенных в БСМП г.Витебска в 2008 г. Отеки беременных были у 35 женщин, гестоз легкой степени – у 31, средней степени тяжести – у 24, тяжелый – у 10.

Воспалительные изменения в последах при морфологическом исследовании были выявлены в 85,6% случаев. По мере увеличения тяжести гестоза частота воспалительных изменений имела тенденцию к увеличению (отеки – 61,9%, легкий гестоз – 66,7%, средней тяжести – 68,6%), достигая 100% при тяжелом гестозе.

Топография воспалительного процесс в плацентах при гестозе была следующей: базальный децидуит имел место в 39,3% случаев, париетальный - в 19,7%, базальный и париетальный – в 26,2%. Децидуит в 24,6% случаев сочетался с субхориальным базальным виллузитом, интервиллезитом, хорионитом. Какой-либо закономерности в локализации воспаления в децидуальной и хориальной тканях плаценты при различных формах гестоза не выявлено. Воспаление плодных оболочек при отеках отмечалось в 4,2%, при легком гестозе – в 15,4%, среднетяжелом – в 6,3% и тяжелом – в 12,5%, омфаловаскулит, соответственно, в 8,3%, 7, 7%, 6,3% и 12,5% случаев.

При гестозе, наряду с воспалительным процессом, в плацентах имели место инволютивно-дистрофические изменения: фиброз и гиалиноз сосудов хориальной пластины, стромы ворсин хо-

риона – в 21,3%, кальциноз ворсин хориона – в 13,1%, повышенный выход фибрина в межворсинчатое пространство, отек, полнокровие сосудов ворсин хориона, участки кровоизлияний – по 1,6%. Частота этих изменений была в 2 раза выше (39,3%), чем при отсутствии воспаления в тканях плаценты (18,5%) и нарастала с увеличением тяжести гестоза. Так, фиброз и гиалиноз сосудов при отеках выявлялся в 18,8% плацент, при легком гестозе – в 20,8%, при среднетяжелом – в 23,1%, при тяжелом – в 37,5%, причем в последнем случае имели место облитерация сосудов хориальной пластины (12,5%) и фиброз ворсин и интервиллезного пространства (25,0%).

Гестоз способствует нарушению созревания плаценты. Так, при доношенной беременности и рождении зрелого ребенка незрелая плацента выявлялась в 30,0% случаев при отеках беременных, в 57,7% - при легком гестозе и 62,5% - при гестозе средней степени тяжести и при тяжелом гестозе – в 12,5%. Последнее обстоятельство связано с тем, что в 87,5% случаев имело место досрочное родоразрешение.

Таким образом, частота воспалительных изменений в последах увеличивается с нарастанием тяжести гестоза. Локализация воспалительного процесса в ворсинчатой и децидуальной оболочках свидетельствуют о преимущественно гематогенном пути распространения инфекции. Воспаление способствует увеличению частоты инволютивно-дистрофических изменений в плаценте, причем последние наиболее выражены при тяжелом гестозе.

Литература

1. Ирышков Д.С. Клинико-морфологические параллели в диагностике фетоплацентарной недостаточности /Д.С.Ирышков, В.Ю.Тишин // Материалы 8-го Всероссийского научного форума «Мать и дитя».- М., 2006. – С.99-100.

2.Казанцева Е.В. Взаимосвязи уровней вазоактивных веществ и морфофункциональных изменений в плацентах при плацентарной недостаточности у беременных с гестозами /Е.В.Казанцева, Т.Е.Белокриницкая, Н.Н.Чарторижская // Материалы 8-го Всероссийского научного форума «Мать и дитя».- М., 2006. – С.102-103.

3.Макаров О.В. Допплерометрия как основной метод в оценке системы мать-плацента-плод у беременных с гипертензивным синдромом /О.В.Макаров, Е.В.Волкова, П.В.Козлов и др.// Акуш. и гин. – 2009.- №4. – С.3-6.

4. Поздняков И.М. Инвазия трофобласта и ее роль в патогенезе гестоза / И.М.Поздняков, Н.В.Юкляева, Л.Ф.Гуляева и др.// Акуш и гин. – 2008. - №6. – С.3-6.

5.Проценко Е.В. Морфологическая характеристика воспалительных изменений в последах в зависимости от степени тяжести гестоза /Е.В.Проценко, С.С.Манис, Л.П.Перетятко и др.// Материалы 8-го Всероссийского научного форума «Мать и дитя».- М., 2006. – С.210.

6.Супрун, Л.Я. Воспалительные изменения в плацентах по данным морфологического исследования за 1995-2005 г. в БСМП г.Витебска / Л.Я. Супрун // Безопасное материнство в XXI веке: сборник материалов УШ съезда акушеров-гинекологов и неонатологов РБ; Витебск, 17-18 октября 2007г; редкол: В.И. Жарко [и др.].- Витебск, 2007г.- С. 394-396.