

© Ф.О. Сеидбекова

УДК 616073–583:618.36,616-007-053.1

Ф.О. Сеидбекова

ОРГАНОМЕТРИЧЕСКАЯ И МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТ У РОДИЛЬНИЦ, РОДИВШИХ НОВОРОЖДЁННЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Азербайджанский медицинский университет (г. Баку)

Работа является самостоятельно выполняемой докторской диссертацией «Факторы риска развития врожденных пороков и методы профилактики».

Вступление. В последние годы среди проблем, имеющих медико-социальное значение, особо выделяется проблема охраны здоровья матери и ребёнка. Многогранность данной проблемы состоит в том, что она включает в себя комплекс задач, определяющих качество здоровья населения. К ним относятся показатели перинатальной и ранней неонатальной смертности, здоровья детей на разных этапах жизни, инвалидность с детства, врождённые пороки развития.

Важность проблемы врождённых пороков развития можно аргументировать статистическими данными. Она свидетельствует о том, что частота врождённых пороков развития чрезвычайно высока среди живорожденных (1 из 30), мертворождённых (1 из 10), среди умерших (2 из 10) и перинатальных потерь (20,6%), в структуре младенческой смертности (20%), а также в структуре детской заболеваемости. Необходимо отметить, что одним из наиболее частых диагнозов, которые ставятся во время беременности в последнее время, является фетоплацентарная недостаточность.

Фетоплацентарная недостаточность - клинический синдром, обусловленный морфологическими и функциональными изменениями в плаценте и проявляющийся нарушениями состояния, роста и развития плода, в основе чего лежит сложная реакция плода и плаценты на различные патологические состояния материнского организма в виде нарушений транспортной, трофической, эндокринной и метаболической функции плаценты [2]. Частота фетоплацентарной недостаточности (ФПН) достаточно велика и выявляется у 3-4% здоровых женщин с неосложнённым течением беременности, а при различной патологии её частота колеблется от 24 до 46% [3]. ФПН является одной из ведущих причин высокого риска беременности и родов, значительного уровня перинатальных потерь, выраженных отклонений в физическом и умственном развитии у родившихся детей. Несмотря на то, что в литературе имеются работы, посвящённые рождению новорождённых с врождёнными пороками развития (ВПР) [4-9] до сих пор информация о микроскопических, морфофункциональных особенностях плаценты при данной патологии отсутствует.

Целью исследования явилось изучение морфологических особенностей последов женщин,

беременность, которых закончилась рождением детей с ВПР.

Объект и методы исследования. Была проведена органомерическая характеристика плацент у 40 родильниц, которые родили здоровых новорожденных (контрольная группа); у 45 родильниц, беременность которых протекала на фоне отягощённо-акушерского анамнеза и родивших новорожденных без наличия пороков развития плода (условно-контрольная группа) и у 64 родильниц, родивших детей с врождёнными пороками развития (основная группа).

Для сравнения органомерических показателей в исследуемых группах были изучены следующие параметры: масса, диаметр, толщина, плацентарно-плодовой коэффициент и количество долек на материнской поверхности плаценты.

Статистическая обработка проводилась по методу Манн - Уитни.

Результаты исследований и их обсуждение. В результате органомерических исследований установлено, что масса плаценты у родильниц контрольной группы составляет $506,0 \pm 24,5$ г; минимальные и максимальные значения соответствуют $463,0$ г и $550,0$ г. В условно- контрольной группе этот показатель составляет $500,5 \pm 25,5$ г. Минимальные и максимальные значения соответствуют $457,0$ г и $548,0$ г. У родильниц основной группы значение данного параметра сопоставимо с аналогичным у предыдущих групп. В трёх случаях зафиксирована гипоплазия органа (соответственно $390,0$ г, $393,0$ г и $400,0$ г) которая не выявлялась ни в контрольной, ни в условно-контрольной группе.

Диаметр плацент у родильниц контрольной группы составляет $19,3 \pm 0,8$ см. Минимальные и максимальные значения соответствуют $15,5$ - $23,0$ см. Диаметр плацент у родильниц условно контрольной группы характеризуется близкими цифрами $17,8 \pm 0,9$ см ($14,0$ - $22,0$ см). Однако, у родильниц основной группы эти показатели достоверно превосходят предыдущие аналогичные показатели и регистрируются заметные колебания среднего значения данного параметра $17,0$ см- $27,0$ см ($21,9 \pm 0,5$ см).

Толщина органа составляет соответственно у родильниц контрольной группы $2,4 \pm 0,15$, у родильниц условно-контрольной группы $2,7 \pm 0,12$ и у родильниц основной группы $3,2 \pm 0,11$. Самое максимальное значение данного параметра составило $3,9$ см.

Плацентарно-плодный коэффициент у родильниц основной группы приближался у верхней границе физиологической рамки ($0,17 \pm 0,09$). В 5-ти случаях

КЛІНІЧНА ТА ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

(7,8%) указанный параметр превышал уровень 0,20, что однозначно указывал на недоношенность плода. В отличие от основной группы у рожениц как контрольной, так и условно-контрольной групп данный параметр характеризуется в общем, близкими цифрами и составляет соответственно 0,14±0,008 и 0,15±0,008.

Сколько либо значимые отклонения минимальных и максимальных показателей визуально определяемых долей на материнской поверхности

плаценты от средней арифметической в исследуемых группах не отмечены.

Данные параметры стабильны и составляют 15,0±0,6 (13,0-16,0) в контрольной группе, 15,1±0,8 (13,0-17,0) условно-контрольной группе и 15,8±0,6 (14,0-19,0) в основной группе. Полученные нами результаты по изучению органомерических показателей плаценты представлены в **табл. 1**.

В **таблице 2** дана количественная характеристика макроскопического осмотра плаценты.

Таблица 1

Органомерическая характеристика плаценты рожениц сравниваемых групп наблюдений

	Контрольная группа	Условно-контрольная группа	Основная группа
Изученные параметры	n=40	n=45	n=64
1. Масса (в гр) min-max	506,0±24,5	500,5±25,5	480,0±24,0
	463,0-550,0	457,0-548,0	390,0-561,0
2. Диаметр (в см) min-max	19,3±0,8	17,8±0,9	21,9±0,5
	15,5-23,0	14,0-22,0	17,0-27,0
3. Толщина (в см) min-max	2,4±0,15	2,7±0,12	3,2±0,11
	2,0-3,0	2,2-3,4	2,8-3,9
4. Плацентарно-плодовой коэффициент (ППК)	0,14±0,008	0,15±0,008	0,17±0,009
5. Количество долек на материнской поверхности min-max	15,0+(-)0,6	15,1+(-)0,8	15,8+(-)0,6
	13,0-16,0	13,0-17,0	14,0-19,0

Таблица 2

Количественная характеристика макроскопического осмотра плаценты рожениц сравниваемых групп наблюдений

Параметры	Контрольная группа	Условно-контрольная группа	Основная группа
	n=40	n=45	n=64
1. Дисквидная форма	34 (85%)	40 (89,0%)	50 (78,1%)
Окончатая форма	4 (10%)	2 (4,4%)	3 (4,68%)
Двудолевая форма	2 (5%)	2 (4,4%)	4 (6,30%)
Многодоловая форма	-	1 (2,2%)	2 (3,1%)
С валиком	-	-	2 (3,1%)
С ободком	-	-	2 (3,1%)
Поясная	-	-	1 (1,6%)
2. Кровяные сгустки	-	1 (2,22%)	13 (20,3%)
3. Застой с резким пропитыванием	1 (2,5%)	2 (4,44%)	20 (31,25%)
4. Очаговая ишемия	3 (7,5%)	4 (8,88%)	29 (45,3%)
5. Апоплексия	-	1 (2,22%)	3 (4,7%)
6. Псевдоинфаркты	2 (5%)	4 (8,88%)	15 (23,4%)
7. Истинные инфаркты	-	-	8 (12,5%)

Как видно из **таблицы 2**, форма плаценты у рожениц контрольной группы дисквидная (34), окончатая (4) и двудолевая (2 наблюдения). В условно

- контрольной группе в 40 случаях орган дисквидный, в 2 случаях окончатый, 2 случаях имеет двудолевую форму. У рожениц условно-контрольной

групи в 1 випадку (2,2%) відзначена багатодольова форма плаценти. Однак аномалії форми органу, здатні мати шкідливе вплив на плод в цих групах, не відзначені.

В цих групах закінчена плацента, двудольова, багатодольова плацента не мали серйозного танатогенетического значення, але були косвенними ознаками порушень на етапі імплантації і плацентации.

В відміння від перших 2-х груп у рідильниць основної групи, наряду з дискоїдними (50), закінченими (3), двудольовими (4) і багатодольовими (2) плацентами зареєстровані також плаценти, оточені валом (2), оточені ободком (2), а також поясна форма органу (1). Встановлено, що при валикообразной формі плаценти процес виражені різко і був, скоріше всього, наслідком відшарування і закручування країв плаценти в ранні терміни вагітності. Мікроскопічно валик і ободок, а також пояс на ворсин складається з некротизованих ворсин і децидуальної тканини, пропитаних фібриноїдом, і осередками гіаліноза. Дані форми розвитку форми плаценти були основними змінами форми негативно впливаючими на плод, перебіг вагітності і родов. Колір поверхні органу, в цілому, не відрізняється у рідильниць порівнюваних груп. Встановлено, що в абсолютній більшості випадків як плодна, так і материнська поверхні мають різні відтінки рожевого кольору (від яскраво-вишньового до багрово-червоного). В 5-ти спостереженнях у рідильниць основної групи також відзначалася буро-коричневий колір органу.

Кров'яні сгустки на материнській поверхні в контрольній групі не відзначені, а в умовно-контрольній групі відзначені всього в 1-ом спостереженні (2,2%).

У рідильниць основної групи цей показник відзначений в 13-ти (20,3%) випадках. На материнській поверхні плаценти щільні кров'яні сгустки в основному локалізувалися на центральних і бокових відділах органу. Наявність подібних мас вказує на частинну передчасну відшарування нормально розташованої плаценти. Вона може бути наслідком гестозу II половини вагітності.

Застой з різким пропитыванием кровью плаценти у рідильниць контрольної групи зареєстрований в 1-ом спостереженні (2,5%), а в умовно-контрольній групі тільки в 2-х спостереженнях (4,44%). Характерно те, що в цих групах картини застою дуже поверхневі і єдині. У рідильниць основної групи цей показник відзначений у 20-ти рідильниць (31-25%).

Нами також в зафіксованих органах макроскопічно визначалися нижеслідуючі зміни, обумовлені порушеннями або коливаннями материнського або плодного кровообігу.

Очагова ішемія у рідильниць контрольної і умовно контрольної групи відзначалася відповідно в 3-х (7,5%) і 4-х (8,8%) випадках. Виявлено, що в обох групах розміри осередків ішемії не перевищували 1,5-2,0 см. У рідильниць основної групи

ішемічні зміни плаценти спостерігалися в 29 спостереженнях (45,3%). При цьому виявлялися спадання капілярів термінальних ворсин і утворення синцитіальних почек. Ішемічні зміни плаценти поєднувалися також з дифузною гіперемією органу і спостерігалися в випадках при гіпоксических станах материнського організму (захворіння серцево-судинної системи). Однак, розміри виявлених осередків, як і в попередніх групах, не перевищували 1,5-2,0 см.

Апоплексія плаценти у рідильниць контрольної групи не виявилася, а у рідильниць умовно-контрольної групи вона визначена в 1 випадку з 45, а у основної групи в 3 випадках з 64 (4,7%). Слід відзначити, що апоплексія локалізувалася в центральній зоні плаценти, мала осередково-ограничений характер. На фіксованих макропрепаратах плаценти ознаки апоплексії виявлялися в вигляді сгустків глибоко проникаючих в ворсинчатое дерево.

Псевдоінфаркти виникали внаслідок порушення живлення ворсин при місцевих розладах материнського кровотоку. У рідильниць контрольної групи в 2-х випадках (5%) і у рідильниць умовно-контрольної групи в 4-х випадках (8,88%) псевдоінфаркти виявлялися в вигляді білуватих-жовтуватих осередків. У рідильниць основної групи псевдоінфаркти виявлялися в 15 випадках з 64 (23,4%). Істинні інфаркти виявлялися в вигляді осередків великого об'єму тільки у рідильниць основної групи в 8 спостереженнях (12,5%). Діагностичним ознакою інфаркту макроскопічно можна вважати наявність по периферії некротизованого, жовтуватого осередку дрібних скоплень кальцифікатів білого кольору. В контрольній і в умовно-контрольних групах істинні інфаркти плаценти не виявлені.

Обговорення проведеної органомерическої і макроскопіческої характеристики плацент у рідильниць, родивших дітей з вродженими пороками розвитку показало, що в 21,8% плаценти мали аномальну форму, яка негативно впливала на плод, перебіг вагітності, наявність кров'яних сгустків, ішемічних ділянок істинних інфарктів, псевдоінфарктів і були косвенними ознаками порушень на етапі імплантації і плацентации.

Висновки. Таким чином, проведені нами дослідження показали, що аномальні форми плацент, наявність кров'яних сгустків, істинних інфарктів і псевдоінфарктів свідчать про те, що розвиток плоду відбувався на фоні морфофункціональних порушень в фетоплацентарній системі, обумовлених екстрагенітальними захворюваннями, ускладненнями перебігу вагітності і це привело до народження новонароджених з вродженими аномаліями розвитку.

Перспективи дальніших досліджень. На основі результатів досліджень будуть дані рекомендації по запобігання факторів ризику вроджених аномалій розвитку.

Список литературы

1. Бочков Н.П. Клиническая гинетика / Н.П. Бочков. – М. : ГЭОТАР-Мед., 2004. - 475 с.
2. Баскаков П. Профи-лак-тика перинатальной патологии у женщин с патологическим прелиминарным периодом на фоне фетоплацентарной недостаточности / П. Баскаков, С.Е. Ругушевский // Репродуктив-ное здоровье женщины. – 2003. - № 4. - С. 17-18.
3. Басков П.Н. Коррекция фетоплацентарной недостаточности при высоком риске внутриутробного инфицирования. / П.Н. Басков, И.М. Шлапак // Репродуктивное здоровье женщины. – 2003. - № 4. - С. 23-24.
4. Волощук И.Н. Морфологические основы и патогенез плацентарной недостаточности : автореф. дис. на соискание ученой степени доктора мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Волощук И.Н. – М., 2002. - 26 с.
5. Чуб В.В. Фетоплацентарная дисфункция: основы патогенеза, проблемы диагностики, тактика лечения. Методические рекомендации / В.В. Чуб, И.В. Чибисова, В.А. Климов. – Луганск, 2003. - 3 с.
6. Яковлева Э.Б. Диагностика и лечение плацентарной недостаточности. Метод рекомендации / Э.Б. Яковлева. - Донецк, 1999. - 25 с.
7. Baptiste R. K. Material risk factors for abnormal placental growth: the national collaborative perinatal project / R.K. Baptiste, S.M. Salafia, W.K. Nicholson [et al.] // B.M.C. Pregnancy childbirth. – 2008. –Vol. 23, №8. – P. 44.
8. Costa S.L. Screening for placental insufficiency in high-risk pregnancies: is earlier better? / S.L. Costa, L. Proctor, J.M. Dodd [et al.] // Placenta. – 2008. - Vol.29 (12). – P. 1034-40.
9. Neerhat M.G, Thaete L.C. The fetal response to chronic placental insufficiency / M.G. Neerhat, L.C. Thaete // Semin. Perinatal. – 2008. -Vol.32. – P. 201-205.

УДК 616073-583 : 618.36,616-007-053.1

ОРГАНОМЕТРИЧНА ТА МАКРОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТ У ПОРОДІЛЬ, ЩО НАРОДИЛИ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ

Сеїдбекова Ф.О.

Резюме. Було обстежено 64 плаценти від породіль, що народили дітей з вродженими вадами розвитку (ВВР), 40 плацент від породіль які народили здорових новонароджених, і 45 плацент від породіль з ускладненою течією вагітності, але народивших новонароджених без вроджених вад розвитку. Була проведена органоетрична та макроскопічна характеристика плацент. Проведені дослідження показали, що аномальні форми плацент (64), наявність кров'яних згустків, істинних інфарктів і псевдоінфарктів свідчать про те, що розвиток плоду відбувався на фоні морфофункціональних порушень у фетоплацентарній системі, обумовлених екстрагенітальними захворюваннями, ускладненнями течії вагітності, що призвело до народження новонароджених з природженими аномаліями розвитку.

Ключові слова: вроджені вади розвитку, плацента, органоетрична характеристика.

УДК 616073-583:618.36,616-007-053.1

ОРГАНОМЕТРИЧЕСКАЯ И МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТ У РОДИЛЬНИЦ РОДИВШИХ НОВОРОЖДЁННЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Сеїдбекова Ф.О.

Резюме. Было обследовано 64 плаценты от родильниц, родивших детей с врождёнными пороками развития (ВПР), 40 плацент от родильниц которые родили здоровых новорожденных, и 45 плацент от родильниц с осложнённым течением беременности, но родивших новорожденных без врождённых пороков развития. Была проведена органоетрическая и макроскопическая характеристика плацент. Проведённые исследования показали, что аномальные формы плацент (64), наличие кровяных сгустков, истинных инфарктов и псевдоинфарктов свидетельствуют о том, что развитие плода происходило на фоне морфофункциональных нарушений в фетоплацентарной системе, обусловленных экстрагенитальными заболеваниями, осложнениями течения беременности и это привело к рождению новорождённых с врождёнными аномалиями развития.

Ключевые слова: врождённые пороки развития, плацента, органоетрическая характеристика.

UDC 616073-583:618.36, 616-007-053.1

Organometrical And Macroscopical Characteristic Of Placentas From Parturients Who Gave Birth To Infants With Congenital Malformations

Seidbekova F.O.

Summary. We examined 64 of the placenta from parturients who gave birth to babies with congenital malformations (CM), 40 placentas from parturients who gave birth to healthy babies, and 45 placentas from parturients with complicated pregnancy, but who gave birth to infants without CM. It has been spent organometrical and the macroscopical characteristic of placentas. The carried out researches have shown, that abnormal forms of placenta (64), the presence of blood clots, true heart attacks and pseudo-heart attacks testify that the development of the fetus against a background of morphological and functional disturbances in the fetoplacental system, caused by extragenital diseases, complications of pregnancy and this has led to the birth of infants with congenital anomalies of development.

Key words: congenital malformation, placenta, organometrical characteristic.

Стаття надійшла 9.02.2012 р.