

# Морфологічні зміни плаценти у вагітних з передчасним розривом плодових оболонок при передчасних пологах

А.В. Пучков, Ю.Я. Круть

Запорізький державний медичний університет

У статті наведені дані аналізу морфологічного дослідження 92 плацент від вагітних, які народили в термінах 22–28 тиж гестації з передчасним розривом плодових оболонок. Установлено, що чинником ризику виникнення хоріоамніоніту є наявність передчасного розриву плодових оболонок, а не тривалість безводного проміжку. Проведення профілактичної антибактеріальної терапії знижує відсоток клінічно реалізованого хоріоамніоніту, дозволяє пролонгувати вагітність і зменшує перинатальні втрати.

**Ключові слова:** передчасний розрив плодових оболонок, хоріоамніоніт, передчасні пологи.

Серед проблем сучасного акушерства невиношування вагітності посідає одне з перших місць, тому що визначає високий рівень перинатальної і малюкової захворюваності та смертності. Частота передчасних пологів не має стійкої тенденції до зниження і складає від 5 до 9% [1–3]. Однією з найчастіших причин ранніх передчасних пологів є передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО), який спостерігається при цій патології у 34,9–56% жінок. Інфекційні ускладнення можуть розвинути у вагітних і породілей в результаті різноманітних обставин і представляють реальну загрозу для життя і здоров'я жінок. Високий ризик розвитку перинатальних інфекцій і гнійно-септичних ускладнень матері, що в більшості випадків виявляються у формі хоріоамніоніту, післяпологового ендометриту і, рідше, септичних станів на фоні ПРПО, обмежує поширення тактики активної пролонгації вагітності [4]. Оскільки однією з провідних причин ПРПО є висхідне інфікування, на тлі інфекційного процесу, ризик інфекційних ускладнень зростає в геометричній прогресії як для матері, так і для плода. Незважаючи на те, що розвитку інфекційного процесу перешкоджають бактерицидні властивості навколоплодкових вод і імунна система організму вагітної, потрібно дуже обачливо вирішувати питання тривалої пролонгації вагітності при передчасному розриві плодових оболонок.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження були проведені у 92 обстежених жінок, які народили в термінах 22–28 тиж вагітності, яка ускладнилась передчасним розривом плодових оболонок. Було проведено порівняння частоти виникнення клінічно вираженого хоріоамніоніту, гістологічно підтверженого хоріоамніоніту та післяпологового ендометриту, що виникли у вагітних з ПРПО. Залежно від тривалості безводного проміжку вагітні були розподілені на групи. Основну групу склали 62 вагітні, яким проводилася пролонгація вагітності в умовах тривалого безводного проміжку. Вагітні з ПРПО, в яких тривалість безводного проміжку була менше 48 год, склали контрольну групу – 30 жінок.

Збір матеріалу для морфологічних досліджень плаценти проводився безпосередньо після пологів. Через усю товщину плаценти, у ділянці прикріплення пуповини і з краю вирізалися сегменти її тканини розмірами 2x2 см. Отриманий матеріал фіксували у 10% розчині формаліну протягом 28–48 год, після чого зневоднювали у розчинах ізопропанолу зростаючих концентрацій та заливали у парафін (за методикою О.М. Грабовіш, 1994). З парафінових блоків виготовлялись гістологічні зрізи товщиною 7 мкм. Для вивчення загальної морфології плаценти зрізи забарвлювали гематоксиліном та еози-

ном. Гістологічні препарати, що досліджувались, було згруповано одночасно за трьома критеріями: залежно від тривалості безводного проміжку (до 48 год і після 48 год) та наявності інфекційних ускладнень у термінах вагітності 22–28 тиж. Результати в цифровій формі вносилися в спеціально створену базу даних, формування зведених таблиць проводилося за допомогою програми MS Excel, статистична обробка – з використанням пакету прикладної програми Statistic 6.0.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Виявлення частоти виникнення клінічно вираженого хоріоамніоніту залежно від тривалості безводного періоду представляє великий інтерес. У більшості фахівців існує думка, що частота виникнення цього ускладнення безпосередньо пов'язана з тривалістю безводного проміжку. Проте після проведеного аналізу такої закономірності не спостерігалось, що підтверджують дані, які наведені на рис. 1.

Реалізація хоріоамніоніту при ПРПО у 22–28 тиж вагітності у основній групі досягає 22%. Звертає на себе увагу незначне статистично недостовірне зниження частоти клінічного хоріоамніоніту при збільшенні безводного проміжку більше 2 діб ( $p > 0,05$ ), що, скоріш за все, пов'язано з призначенням профілактичної антибактеріальної терапії. При цьому частота гістологічно діагностованого хоріоамніоніту достовірно не відрізнялася з моменту розриву оболонок в обох групах. Ці дані вказують на можливість інтраамніальної інфекції ініціювати ПРПО і дають право передбачити первинну роль інфекції в генезі розриву оболонок у більшості випадків у термінах гестації 22–28 тиж. У структурі післяпологової захворюваності загальна частота післяпологових ендометритів при ПРПО у вагітних основної групи складає 6,25%. Тому питання про можливість тривалої пролонгації вагітності при ПРПО в терміні гестації 22–28 тиж повинно вирішуватися індивідуально з урахуванням можливостей акушерської і, більшою мірою, неонатальної служб, а також чинників ризику інфекційних ускладнень у вагітної.

Не менш цікаві дані з частоти виявлення хоріоамніоніту при гістологічному дослідженні плаценти. Дане дослідження є стандартом для верифікації діагнозу хоріоамніоніту внаслідок того, що клінічні прояви даного захворювання стерті внаслідок проведення

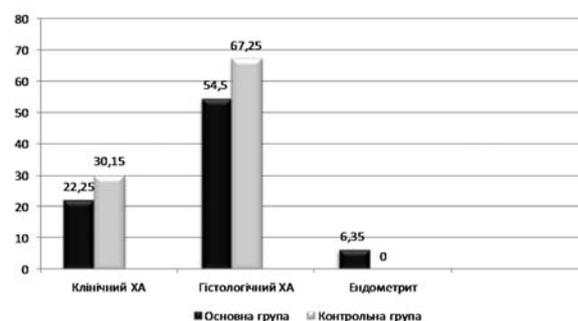


Рис. 1. Частота виникнення інфекційних ускладнень у вагітних з передчасними пологами, ускладненими ПРПО залежно від тривалості безводного проміжку(%)

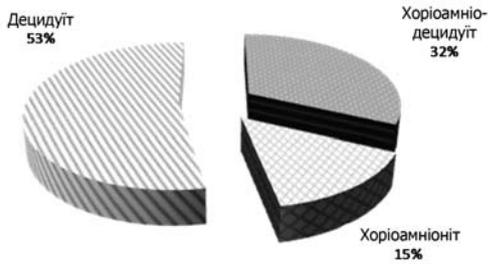


Рис. 2. Структура запальних змін плаценти при ПРПО у 22–28 тиж гестації в обстежених жінок за даними гістологічного дослідження (n=92)

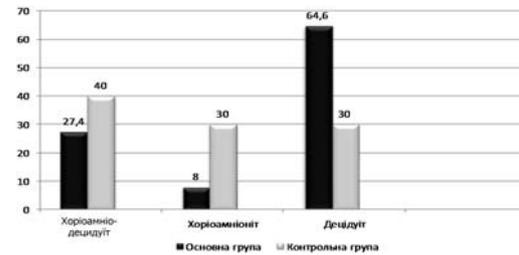


Рис. 3. Структура запальних змін плаценти при ПРПО у 22–28 тиж гестації в обстежених жінок за даними гістологічного дослідження (n=92)

Структура запальних змін плаценти при ПРПО у 22-28 тижнів гестації в обстежених жінок за даними гістологічного дослідження (n=92)

Групи	Хоріоамніодецидуїт	Хоріоамніоніт	Децидуїт
	n (%)	n (%)	n (%)
Основна група (n= 62)	17 (27,4) (p<0,05)	5 (8,0) (p<0,05)	40 (64,5)
Контрольна група (n=30)	12 (40)	9 (30)	9 (30)
Усього (n=92)	29 (31,5)	14 (15,2)	49 (53,3)

антибактеріальної терапії, зниження сили запальної реакції при вагітності, бактерицидної дії навколоплодових вод та ін.

Гістологічне обстеження послідів було проведене в 92 обстежених вагітних. Структура патології плаценти при недоношеній вагітності на фоні ПРПО у обстежених вагітних представлена на рис. 2.

У 98% послідів виявлені патологічні зміни у формі інфекційних змін. При інфікуванні посліду найчастіше (у 53,3% випадків) відзначалось ураження децидуальної оболонки, причому в 28,3% випадків ураження децидуальної оболонки було її гнійне запалення. На другому місці за частотою – ураження обох оболонок у формі хоріоамніодецидуїту (31,5%) або хоріоамніоніту (15%) – таблиця.

При більш детальному аналізі гістологічного обстеження виявлено, що ураження двох або всіх оболонок (саме на ці форми припадає переважна кількість клінічних проявів запального процесу) найменше було виявлено в основній групі – 35,4%, у контрольній групі – 70% (p<0,05). Ураження децидуальної оболонки було виявлено в 64,5% випадків в основній та в 30% – у контрольній групі (рис. 3).

Отже, за даними проведеного аналізу, фактором ризику виникнення хоріоамніоніту є наявність ПРПО, а не тривалість безводного проміжку. Передчасні пологи при ПРПО супроводжуються морфологічно-структурними змінами в плацентарній тканині, що виявляється порушенням процесів дозрівання ворсин, наявністю інволютивно-дистрофічних і запальних змін. Наслідком цих змін є зниження захисних механізмів плаценти і, отже, реалізація внутрішньоутробної інфекції плода. Своєчасне призначення профілактичної антибактеріальної терапії дозволяє достовірно знизити відсоток клінічно реалізованого хоріоамніоніту і пролонгувати вагітність.

З точки зору розробки акушерської тактики ведення, важливе значення має наявність взаємозв'язку між частотою розвитку хоріоамніоніту і тривалістю безводного проміжку. Аналіз не показав

достовірного зростання частоти хоріоамніоніту при ПРПО до 28 тиж та тривалому безводному проміжку. Ці дані вказують на можливість безпечної тривалої пролонгації вагітності при ПРПО до 28-го тижня вагітності і більше для зменшення перинатальних утрат.

**Морфологические изменения плаценты у беременных с преждевременным разрывом плодовых оболочек при преждевременных родах**  
**А.В. Пучков, Ю.Я. Круть**

В статье представлены данные анализа морфологического исследования 92 плацент от женщин, родивших в сроках 22–28 нед гестации с преждевременным разрывом плодовых оболочек. Установлено, что фактором риска возникновения хоріоамніоніта является наличие ПРПО, а не длительность безводного промежутка. Проведение профилактической антибактериальной терапии снижает процент клинически реализованного хоріоамніоніта, позволяет пролонгировать беременность и уменьшает перинатальные потери.

**Ключевые слова:** преждевременный разрыв плодных оболочек, хоріоамніоніт, преждевременные роды.

**Morphological changes of placenta for pregnant with the premature rupture of the amniotic membranes at preterm labor.**  
**V.A. Puchkov, Y.Y. Krut'**

In this article the results of the morphological changes of placenta for pregnant with the premature rupture of the amniotic membranes at preterm labor. A risk in case of horioamnionitis factor is a presence of premature ruptured membranes, but not duration of waterless interval.

**Key words:** premature rupture of the amniotic membranes, chorioamnionitis, preterm labor.

**Сведения об авторах**

**Круть Юрий Яковлевич** – Запорожский государственный медицинский университет, 65035, г. Запорожье, пр. Маяковского, 26

**Пучков Владимир Анатольевич** – Запорожский государственный медицинский университет, 69104, г. Запорожье, ул. Южно-Украинская, 17а; тел.: (068) 928-40-76

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2006. – 456 с.  
 2. Xiao Z.H., Andre P., Lacaze-Masmonteil T. et al. Outcome of premature infants delivered after prolonged premature rupture of membranes before 25 weeks of gestation// Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2000. – V. 90 (1). – P. 67–71.  
 3. Abalos E., Carroli G., Giordano D. Heterogeneity of perinatal outcomes in the preterm delivery syndrome// Obstet Gynecol. – 2004. – V. 104 (1). – P. 78–87.  
 4. Инфекции в акушерстве и гинекологии / Под ред. Макарова О.В., Алешкина В.А., Савченко Т.Н. – М.: МЕДпрессинформ, 2007. – 420 с.

Статья поступила в редакцию 16.05.2013