

4. Моделирование и оценка состояния медико-эколого-экономических систем / В.А. Батулин [и др.]; под ред. В.А. Батурина; Рос. акад. наук, Сиб. отд-ние, Ин-т динамики сист. и теории управ. – Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2005. – 249 с.

5. Мурман В.Е. Теория вероятности и математическая статистика / В.Е. Мурман. – М.: Изд-во Высш. шк., 2004. – 480 с.

6. Пузаченко Ю.Г. Математические методы в экологических и географических исследованиях: Учебное пособие для студентов вузов / Ю.Г. Пузаченко. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 416 с.

7. Ревич Б.А. Экологическая эпидемиология: учебник для высш. учеб. заведений / Б.А. Ревич, С.Л. Авалиани, Г.И. Тихонова; под ред. Б.А. Ревича. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 384 с.

ОСОБЕННОСТЬ ПЛАЦЕНТ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

**© Сейталиев И.А.*[♠], Бандурин Ф.А.*[♠],
Карамамуд-Оглы Д.*[♥], Сейталиев Т.А.*[♠]**

Международный Казахско-Турецкий университет им. А. Ясави,
Республика Казахстан, г. Туркестан

Недонашивание беременности – один из основных видов акушерской патологии. Частота этого осложнения остается стабильной в течение многих лет и составляет 15-20 % всех желанных беременностей [1, 2].

Преждевременное прерывание беременности во многом определяет показатели перинатальной заболеваемости и смертности [2, 3].

В процессе исследований данной проблемы было выявлено большое число факторов связанных с развитием преждевременных родов, и многие из этих факторов можно оценить до наступления беременности или в ранние ее сроки. Оценка степени риска с учетом определенных факторов, объединенных в различных комбинациях, является одной из самых распространенных систем прогнозирования преждевременных родов [4, 5].

Выяснение причин недонашивания беременности является чрезвычайно важным с практической точки зрения. Зная причины и понимая патоген-

* Студент Медицинского факультета. Научный руководитель: Жуманазаров Н.А., доцент, кандидат медицинских наук.

* Студент Медицинского факультета. Научный руководитель: Жуманазаров Н.А., доцент, кандидат медицинских наук.

* Студент Медицинского факультета. Научный руководитель: Жуманазаров Н.А., доцент, кандидат медицинских наук.

* Студент Медицинского факультета. Научный руководитель: Жуманазаров Н.А., доцент, кандидат медицинских наук.

нез недонашивания беременности, можно более успешно проводить патогенетическое лечение.

Преждевременные роды являются одной из актуальнейших проблем современного акушерства. Причины преждевременных родов многообразны и зачастую выходят за рамки акушерской науки и практики, являя собой общемедицинскую и социально-материальную проблему [6, 7].

Морфология плаценты при недонашивании беременности до некоторой степени отражает этиологию и генез патологии. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – это осложнение, проявляющееся несвоевременным отделением плаценты, которое происходит не после рождения плода, как это должно быть в норме, а во время беременности или в процессе течения родов. Данное осложнение встречается с частотой 0,5 – 1,5 % случаев. В $\frac{1}{3}$ случаев преждевременная отслойка плаценты сопровождается обильным кровотечением, с развитием соответствующих осложнений в виде геморрагического шока и ДВС-синдрома (диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты чаще развивается у первородящих женщин. При преждевременных родах отслойка плаценты наблюдается в 3 раза чаще, чем при своевременных. Причины, которые приводят к возникновению преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты условно можно разделить на две группы [8].

Первая группа – это причины, которые непосредственно способствуют развитию данного осложнения. К ним относят: гестоз (нефропатия, поздний токсикоз) чаще всего длительно текущий, не леченный или недостаточно леченный; различные заболевания, среди которых выделяются заболевания с повышением или понижением артериального давления, пороки сердца, заболевания почек, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, заболевания коры надпочечников; несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или по группе крови; антифосфолипидный синдром; системная красная волчанка; заболевания крови; воспалительные заболевания матки; операции перенесенные на матке; пороки развития матки; расположение плаценты в проекции миоматозного узла; переносенная беременность.

Вторая группа причин это факторы, провоцирующие возникновение преждевременной отслойки плаценты на фоне уже существующих нарушений. К ним относятся: перерастяжение стенок матки из-за многоводия, многоплодной беременности, наличия крупного плода; внезапное, быстрое и обильное излитие околоплодных вод при многоводии; травма (падение, удар в живот); дискоординация сократительной деятельности матки; неправильное применение утеротонических средств в родах. Перечисленные факторы приводят к нарушению связей между плацентой и стенкой матки, разрыву сосудов с формированием кровоизлияния (ретроплацентарная гематома).

Анализ данных литературы позволяет сделать вывод о том, что персистирующая вирусная и бактериальная инфекция является одним из основных факторов недонашивания беременности [9,10].

Цель исследования – анализ течения беременности, родов, морфологических особенностей плацент при недонашивании.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы 65 историй преждевременных родов за 2010-2012 гг. по ОПЦ № 3 г. Туркестана. Морфологию плацент при преждевременных родах сопоставляли с морфологией 100 плацент при срочных родах. Частота недонашивания составила 3,8 %. Наибольший процент преждевременных родов приходился на сроки 34-37 недель (69,7 %). Средний возраст рожениц составил $24 \pm 0,6$ года, первородящих было 60,0 %, повторнородящих 40,0 % (многорожавших – 13,3 %).

Результаты и их обсуждение. С целью установления морфологических особенностей плаценты при недонашивании нами проведено сравнение результатов гистологического исследования плаценты при преждевременных родах со 100 результатами при срочных родах (группа сравнения), при которых беременность осложнялась угрозой прерывания во 2-3 триместрах. Макроскопически все плаценты были овальной или округлой формы, прикрепление пуповины центральное (13,2 %), парацентральное (52,8 %), краевое (34 %). Поверхность мелкодольчатая. В 20,0 % случаях основной группы и в 5,0 % группы сравнения по периферии имелись циркулярные инфаркты (placenta circumvalata или marginata). Клиновидной формы белые инфаркты в диаметре от 1 до 3 см имелись соответственно в 24,4 % и в 7 % случаев. Плодово-плацентарный коэффициент составил соответственно $0,12 \pm 0,02$ и $0,18 \pm 0,04$. Во всех случаях при преждевременных родах имелись гистологические признаки хронической фетоплацентарной недостаточности, в группе сравнения же – в 42 %. Причинами ее развития явились воспалительные изменения и нарушения кровотока в самой плаценте из-за дисхроноза развития сосудов ворсин или сдавления их разросшейся фиброзной тканью. Фетоплацентарная недостаточность в основной группе была обусловлена как отставанием созревания (увеличение в объеме терминальных и промежуточных ворсин, появление клеток Лангерганса, отсутствие синцитиокапиллярных мембран), так и хаотичным склерозированием ворсин (обилие мелких беспорядочно располагающихся склерозированных ворсин со сниженным количеством сосудов, массивным разрастанием коллагеновых волокон). Вариант диссоциированного развития плаценты (наличие котиледонов, соответствующих сроку гестации, но обилие незрелых ворсин с отложением фибриноида в синцитии и сосудах, с нарушением созревания) встречался при преждевременных родах, но в основном выявлен при срочных родах. Во всех случаях при срочных родах отмечалась компенсаторная гиперпродукция новых ворсин в основном в периферической части плаценты по типу новой «свежей» волны инвазии хориона, чего не было отмечено ни в одном случае при преждевременных родах.

Особенность плацент при преждевременных родах – обнаружение в 100 % исследований признаков воспаления, которое характеризовалось очаговым серозным, серозно-гнойным париетальным децидуитом (44,4 %), очаговым серозно-гнойным мембранитом (24,4 %), сочетанием мембранита с децидуитом и серозно-гнойным виллузитом (22,2 %), и с фунгикулитом и васкулитом (9,0 %). Признаки воспаления в плацентах такого же характера выявлялись и при срочных родах, но частота их составила всего лишь 22 %.

Таким образом, морфологическими особенностями плацент при преждевременных родах являются: инфекционное поражение и хроническая фетоплацентарная недостаточность с нарушением кровотока в самой плаценте и неспособность плаценты к компенсаторной гиперпродукции новых ворсин по типу «свежей» волны инвазии хориона.

* * *

1. Степень фето-плацентарной недостаточности зависит от кровоснабжения плаценты и характера воспалительных проявлений, что обуславливает клинические особенности преждевременных родов и различную морфологическую картину плацентарных нарушений.

2. Морфологическими проявлениями плацентарных нарушений при преждевременных родах, патогенетически обусловленных инфицированием матери и плода являются очаговая задержка созревания ворсин, редукция сосудистого русла, плотность межворсинчатых промежутков, полиморфно клеточная воспалительная инфильтрация, ворсинки с истонченным хориальным эпителием, стаз форменных элементов крови в сосудах плаценты, склерозированные в фибриноид ворсинки.

3. Морфологическими признаками фето-плацентарной недостаточности плаценты при неинфекционных факторах недонашивания беременности являются: ранние изменения в сосудах децидуальной оболочки в виде спазма, облитерации просвета спиральных артерий, уменьшение объема сосудистого русла ворсинчатого дерева, уменьшение объема хориального эпителия и периферического трофобласта, увеличение отложений материнского и плодового фибриноида.

Список литературы:

1. Абулатифф Ахмад Махмуд. Хламидийная инфекция и внематочная беременность // Материалы II Российского форума «Мать и дитя»: Сб. научн. тр. – М., 2000. – С. 8-9.

2. Айламазян Э.К., Савичева А.М., Башмакова М.А. Этиология и патогенез важнейших инфекционных заболеваний в акушерстве и гинекологии // Материалы II Российского форума «Мать и дитя»: Сб. научн. тр. – М., 2000. – С. 448-449.

3. Алещенко И.Б., Милованов А.П. Морфологические особенности плаценты и гормональное соотношение при гипертерииозе // Архив патологии. – 2001. – № 3. – С. 26-30.

4. Гинсбург Б.Г. Цитогенетические аспекты невынашивания беременности в системе медико-генетического консультирования // Проблемы репродукции. – 2000. – № 1. – С. 57-59.

5. Сидельникова В.М. Инфекция как ведущий фактор невынашивания беременности // Материалы II Российского форума «Мать и дитя»: Сб. научн. тр. – М., 2000. – С. 134-135.

6. Царегородцева Е.Е. ВЗРП и внутриутробное инфицирование // Материалы II Российского форума «Мать и дитя»: Сб. научн. тр. – М., 2000. – С. 164-165.

7. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции, (вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений). Практическое руководство. – СПб.: Элби СПб, 2002. – 352 с.

8. Benirschke K., Kaufmann P. Pathology of human placenta. – New York, 1990. – 234 p.

9. Castellucci M., Zaccheo D., Pescetto G. A three-dimensional study of the normal human placental villous core. I. The Hofbauer cells // Cell Tissue Res. – 1990. – Vol. 210. – P. 235-247.

10. Castellucci M., Zacoheo D. The Hofbauer cells of the human placenta: Morphological and immunological aspects // Prog. olin. biol Res. – 1999. – Vol. 296. – P. 443-451.