

А. С. Софонова

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПОСЛЕДА
У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Е. И. Барановская

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В работе описана морфология плаценты беременных женщин с гипертензией. Виды структурных изменений плаценты зависят от формы гипертензивных расстройств. Для гестационной гипертензии характерны воспалительные процессы в плаценте (27,8%), для хронической артериальной гипертензии – нарушение созревания ворсин хориона (57,1%), для преэклампсии – циркуляторные нарушения (38,5%) и нарушение созревания ворсин хориона (38,5%).

Ключевые слова: беременность, гипертензивные расстройства, морфология последа.

Resume. In this article placental morphology in hypertension pregnant women is described. Morphological characteristics of placenta depend on type of hypertension. Inflammatory process is typical for gestational hypertension (27,8%), chronic hypertension is characterized by chorionic villus dysmaturity (57,1%), circulation disorders (38,5%) and chorionic villus dysmaturity (38,5%) is special for preeclampsia.

Keywords: pregnancy, hypertensive disorders, placental morphology

Актуальность. На сегодняшний день частота гипертензивных нарушений при беременности составляет 5-10% во всем мире [1]. По данным проведенных исследований [2] уровень преэклампсии за период 1987-2004 гг. вырос на 25%. Гипертензия беременности занимает третье место в мире по частоте летальных исходов беременности после акушерских кровотечений и инфекции [3]. Гипертензивные нарушения значительно увеличивают риск развития осложнений беременности, таких как преждевременные роды, задержка роста плода, рождение маловесных детей, родоразрешение путем кесарева сечения [4]. Возникновение осложнений авторы связывают с морфологическими изменениями плаценты, с которыми в большинстве случаев ассоциирована гипертензия [5,6]. Среди них выделяют нарушение созревания ворсин хориона, циркуляторные нарушения, инволютивно-дистрофические изменения, воспалительные процессы, признаки интенсивных компенсаторных реакций, признаки патологической незрелости плаценты [7-9].

Цель: изучить особенности гистологической структуры плаценты у женщин с гипертензивными нарушениями.

Задачи:

1. Качественный и количественный анализ результатов гистологического исследования последов.

2. Выявление связи между формой гипертензии и морфологическими изменениями плаценты.

Материал и методы. Были изучены истории родов и результаты гистологического исследования последов 91 женщины, которые родоразрешались в УЗ «Городской клинический родильный дом №2» г. Минска в период 2013-2014 гг. Было выделено две группы пациенток. Группу 1 (основную) составили 45 женщин с различными формами гипертензивных нарушений при беременности, в группу 2 (контрольную) вошли 46 женщин с нормотонией при доношенной беременности. В группе 1 были выделены следующие подгруппы: женщины с гестационной гипертензией (ГГ), хронической артериальной гипертензией (ХАГ), преэклампсией (ПЭ).

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы Statistica 10.0 с использованием непараметрических методов исследования. В зависимости от вида данных использовались критерий χ^2 , точный критерий Фишера, функция «Различие между двумя пропорциями». Критическое значение уровня значимости $p=0,05$.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин в группе 1 – 29,8($\pm 6,07$) лет, в группе 2 – 29,0($\pm 4,3$) лет. Женщины старше 35 лет в группе 1 составляют 17,8% ($n=8$), в группе 2 – 8,9% ($n=4$), $p=0,19$.

Разные формы гипертензивных нарушений встречаются в основной группе примерно с одинаковой частотой (рисунок 1). Женщины с диагнозом гестационная гипертензия составляют 40,0% ($n=18$). Хроническая артериальная гипертензия и преэклампсия выявлены соответственно в 31,0% ($n=14$) и 29,0% ($n=13$) случаев. Из 13 наблюдений преэклампсии у 46,2% женщин была диагностирована преэклампсия умеренной степени ($n=6$), преэклампсия тяжелой степени наблюдается у 53,8% женщин ($n=7$). Среди них преэклампсия, возникшая на фоне хронической АГ, выявлена у 23,1% пациенток ($n=3$). В 22,2% случаев ($n=10$) в группе 1 был поставлен диагноз «длительный гестоз», т.е. гипертензивные расстройства продолжительностью более 2 недель. В подгруппе гестационной гипертензии данный диагноз выявлен у 27,8% женщин ($n=5$), в подгруппах хронической АГ и преэклампсии соответственно 14,3% ($n=2$) и 23,1% ($n=3$).

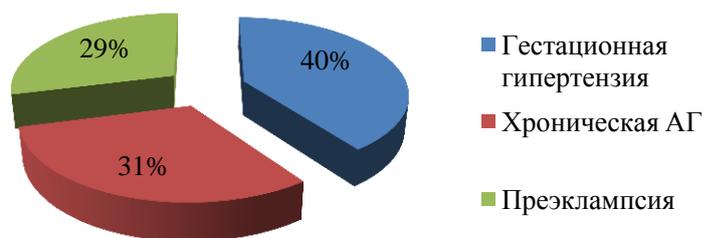


Рисунок 1 – Соотношение форм гипертензивных нарушений в группе 1

Количество первородящих в группах 1 и 2 соответственно 19 (42,2%) и 17 (36,9%), $p=0,63$. В подгруппах гестационной гипертензии, хронической АГ и преэклампсии количество первородящих составляет соответственно 44,4% ($n=8$), 28,6% ($n=4$) и 53,8% ($n=7$).

В акушерско-гинекологическом анамнезе женщин с гипертензивными нарушениями по сравнению с группой контроля чаще встречается самопроизвольный выкидыш, медицинский аборт, бесплодие, однако, статистическая значимость данных различий не выявляется, $p>0,05$ (таблица 1).

Среди видов сопутствующей экстрагенитальной патологии (таблица 2) в группе 1 статистически значимо чаще, чем в группе 2 наблюдается нарушение

Таблица 1. Акушерско-гинекологический анамнез женщин в группах исследования

Признак	Группа 1 (n=45)		Группа 2 (n=46)		p
	абс.	%	абс.	%	
Самопроизвольный выкидыш	10	22,2	7	15,2	0,556
Медицинский аборт	5	11,1	2	4,3	0,267
Неразвивающаяся беременность	4	8,9	4	8,7	1,0
Гестоз	4	8,9	0	-	0,05
Рубец на матке	4	8,9	5	10,7	1,0
Бесплодие	3	6,7	2	4,3	0,68
Аntenатальная гибель плода	1	2,2	0	-	0,49
Внематочная беременность	0	-	1	2,2	0,49

жирового обмена (группа 1 – 24,4% ($n=11$), группа 2 – 4,3% ($n=2$), $p=0,015$). Обращает на себя внимание значительное преобладание в группе 1 женщин с гипотиреозом (22,2%, $n=10$).

Морфологические изменения плаценты в группе 1 наблюдались в 60,0% случаев ($n=27$), в группе 2 соответственно в 34,8% ($n=16$) случаев. Различия между группами статистически значимы ($p=0,028$).

Таблица 2. Экстрагенитальная патология у женщин в группах исследования

Показатель	1 группа (n=45)		2 группа (n=46)		p
	абс.	%	абс.	%	
Нарушение жирового обмена	11	24,4	2	4,3	0,015
Патология почек	3	6,7	3	6,5	1,0
Патология печени	2	4,4	2	4,3	1,0
Пороки сердца	3	6,7	4	8,7	1,0
Гипотиреоз	10	22,2	4	8,7	0,134
Варикозное расширение вен	4	8,9	4	8,7	1,0

При анализе результатов гистологического исследования последов (таблица 3)

основная форма морфологических изменений плаценты – нарушение созревания ворсин хориона, наблюдается в группе 1 в 37,7% случаев (n=17), в группе 2 – в 15,2% случаев (n=7), p=0,028. Основная форма нарушения созревания ворсин в группе 1 – ускоренное созревание (64,7%, n=11, p=0,024), в группе 2 – диссоциированное созревание (71,4%, n=5, p=0,0035). Воспалительные процессы в группе 1 встречаются в 20,0% наблюдений (n=9), в группе 2 в 4,4% наблюдений (n=2), p=0,049. Циркуляторные нарушения выявлены соответственно в 22,2% (n=10) и 4,4% случаев (n=2) в 1й и 2й группах, p=0,027.

Таблица 3. Морфологические изменения плаценты в группах исследования

Вид патоморфологических изменений плаценты	Женщины с гипертензивными нарушениями (n=45)		Женщины с нормотонией (n=46)		p
	абс.	%	абс.	%	
Нарушение созревания ворсин хориона	17	37,8	7	15,2	0,028
Воспаление	9	20,0	2	4,4	0,049
Инволютивно-дистрофические процессы	4	8,9	3	6,5	0,667
Циркуляторные нарушения	10	22,2	2	4,4	0,027
Патологическая незрелость	4	8,9	3	6,5	0,714
Компенсаторно-приспособительные реакции	8	17,8	6	13,0	0,592

Наблюдаются различия в структуре плаценты при разных формах гипертензии беременности (таблица 4). В подгруппе гестационной гипертензии наиболее часто наблюдаются воспалительные процессы (27,8%). Несколько реже выявляется нарушение созревания ворсин хориона (22,2%) и циркуляторные нарушения (22,2%). В подгруппе хронической АГ преобладает нарушение созревания (57,1%), воспаление (21,4%) и компенсаторно-приспособительные реакции (21,4%). В подгруппе преэклампсии преобладают нарушение созревания (38,5%) и циркуляторные нарушения (38,5%), выражены компенсаторные реакции (30,8%).

При сравнении трех подгрупп отмечено, что нарушение созревания ворсин хориона наблюдается у женщин с хронической АГ (57,1%) чаще, чем у женщин с гестационной гипертензией (22,2%), p=0,043. Циркуляторные нарушения характерны для подгруппы преэклампсии, менее выражены при хронической АГ (p=0,0499).

Таблица 4. Морфологические изменения плаценты при разных формах гипертензии

Вид патоморфологических изменений плаценты	Гестационная гипертензия (1) (n=18)		Хроническая АГ (2) (n=14)		Преэклампсия (3) (n=13)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	

Нарушение созревания ворсин хориона	4	22,2	8	57,1	5	38,5	$P_{1-3}=0,324$ $P_{1-2}=0,043$ $P_{2-3}=0,334$
Воспаление	5	27,8	3	21,4	1	7,7	$P_{1-3}=0,162$ $P_{1-2}=0,678$ $P_{2-3}=0,317$
Инволютивно-дистрофические процессы	0	-	2	14,3	2	15,4	$P_{1-3}=0,085$ $P_{1-2}=0,098$ $P_{2-3}=0,94$
Циркуляторные нарушения	4	22,2	1	7,1	5	38,5	$P_{1-3}=0,324$ $P_{1-2}=0,243$ $P_{2-3}=0,0499$
Патологическая незрелость	1	5,6	0	-	3	23,1	$P_{1-3}=0,152$ $P_{1-2}=0,368$ $P_{2-3}=0,057$
Компенсаторно-приспособительные реакции	1	5,6	3	21,4	4	30,8	$P_{1-3}=0,06$ $P_{1-2}=0,18$ $P_{2-3}=0,578$

Выводы:

1. Преобладающие виды структурных изменений последа в группе гипертензивных нарушений: нарушение созревания ворсин хориона, циркуляторные нарушения, воспаление.

2. Преимущественные изменения последа при гестационной гипертензии - воспаление, при хронической АГ – нарушение созревания ворсин хориона, при преэклампсии – циркуляторные расстройства и нарушение созревания ворсин хориона.

A. S. Sofonova

MORPHOLOGICAL STRUCTURE CHARACTERISTICS OF PLACENTA IN WOMEN WITH HYPERTENSIVE DISORDERS

Tutor Doctor of medicine, Professor E. I. Baranovskaya

*Department of Obstetrics and Gynecology,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Report of the National High Blood Pressure Education Program. Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy / [No authors listed] // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2000. – №183 (1). – S1-S22.

2. Secular trends in the rates of pre-eclampsia, eclampsia, and gestational hypertension, United States, 1987–2004 / A.B. Wallis, A.F. Saftlas, J. Hsia, et al. // American Journal of Hypertension. – 2008. – №21. – P. 521–6.

3. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data [Электронный ресурс] / World Health Organization. The world health report: 2005: make every mother and child count. / Geneva, 2005. –

69-я научно-практическая конференция студентов и молодых ученых с международным участием «Актуальные проблемы современной медицины и фармации-2015»

Режим доступа: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/ru/
(дата обращения: 21.03.15).

4. Clinical Study Placental Pathology and Blood Pressure's Level in Women with Hypertensive Disorders in Pregnancy / V. Krielessi, N. Papantoniou, I. Papageorgiou [et al.] // Hindawi Publishing Corporation. Obstetrics and Gynecology International. – 2012. – 6 pages.

5. Myatt L., Role of placenta in preeclampsia / L. Myatt // Endocrine. – 2002. – vol.19. – no. 1. – PP. 103–111.

6. Non-linear and gender-specific relationships among placental growth measures and the fetoplacental weight ratio / D. P. Misra, C. M. Salafia, R. K. Miller et al. // Placenta. – 2009. – vol. 30. – no. 12. – P. 1052–1057.

7. Лекции по патологической анатомии / Е. Д. Черствый, Г.И. Кравцова, З.Н. Брагина [и др.]; под ред. Е.Д. Черствого. – М.: Асар, 2006. – 458 стр.

8. Серов, В.Н. Практическое акушерство: Руководство для врачей/ В.Н. Серов, А.Н. Стрижаков, С.А. Маркин. – М.: Медицина, 1989. – 512с. – с. 155.

9. Сидорова, И.С. Гестоз: Учебное пособие / И.С. Сидорова. – Москва: Медицина, 2007. – 340 с.