

И. К. В. Банкрашкова, Е. С. Гудная
**ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОСЛЕДА И ФАКТОРЫ РИСКА
РАЗВИТИЯ СЗРП**

Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. Е. В. Никитина
Кафедра акушерства и гинекологии,

УО “Белорусский государственный медицинский университет”, г. Минск

Резюме. *Статья освещает результаты исследования факторов риска синдрома задержки роста плода (СЗРП) и анатомо-гистологических изменений последа при СЗРП. Исследование показало, что наличие экстрагенитальной патологии, фетоплацентарной недостаточности, гестозов увеличивает риск СЗРП. В основной группе чаще встречаются нарушения созревания ворсинчатого хориона, воспалительные и компенсаторно-приспособительные изменения последа.*

Ключевые слова: *СЗРП, плацента, фетоплацентарная недостаточность, гестоз.*

Resume. *The article is devoted to the research of the risk factors of the intrauterine growth retardation (IUGR) and reveals pathomorphological changes of placenta wich accompanied with IUGR. Results show that nonobstetric disorders, fetoplacental insufficiency, gestosis, increase risk of IUGR. It was found that the core group was characterized by the higher frequency of abnormal placental villous devel-*

opment, compensatory adaptations of placenta and placental inflammation.

Keywords: IUGR, placenta, fetoplacental insufficiency, gestosis.

Актуальность. Синдром задержки развития плода (СЗРП) – несоответствие размеров плода гестационному возрасту. [2] Частота СЗРП колеблется в разных странах мира от 3,5% до 30%, занимая важное место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности. [2,4] У детей с диагнозом СЗРП отмечается замедленный рост, задержка психомоторного развития, функциональные нарушения ЦНС и повышенная подверженность инфекционным заболеваниям. [4]

Цель: исследовать наличие и закономерности изменений в плаценте, сроки диагностики и структуру СЗРП по форме и степени, возможные причины возникновения и факторы риска СЗРП.

Задачи:

1. Установить морфологические изменения последа при наличии СЗРП.
2. Выявить причины и факторы риска СЗРП.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы 74 истории родов женщин, родоразрешившихся в УЗ « 6 ГКБ» г. Минска с января 2013 года по декабрь 2015 года. Они были разделены на основную группу, в которую вошло 44 истории родов с СЗРП, и контрольную группу – 30 историй родов без СЗРП.

Исследовалось наличие генитальной и экстрагенитальной патологии у беременных, степень, форма и срок диагностики СЗРП, способ родоразрешения, рост, вес, оценка по Апгар новорожденного, гистология последа. Исследование последа включало морфометрические данные: размер и масса плаценты. При микроскопическом исследовании оценивалось наличие воспалительных и компенсаторно-приспособительных изменений, нарушений созревания ворсинчатого хориона и расстройств кровообращения в плаценте.

Был проведен статистический анализ данных, полученных при исследовании, с помощью программы Statistica 10.0. Использовалась оценка по критериям χ^2 (для оценки наличия связи) и отношение шансов.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования выявлено, что диагноз СЗРП (по данным УЗИ) наиболее часто встречался на 34-37 неделях гестации. При этом СЗРП 1-й степени определялось в 72,72% случаев, 2-й степени 22,72%, 3-й степени в 4,56% случаев. Преобладает асимметричная форма, на долю которой приходилось 63,6% случаев СЗРП, на долю симметричной – 36,4%.

В основной группе доля ХФПН составила 70,45%, в контрольной группе – 10% (в 7 раз выше). Также были выявлены нарушения маточно-плацентарного кровотока (МПК) у 31,82% беременных из основной группы и у 13,36% из контрольной группы. В основной группе в 5,45 раз чаще отмечалась хроническая никотиновая интоксикация, в 2 раза – эрозия шейки матки и аномалии развития матки. Наличие маловодия характерно для группы с СЗРП - 29,5% ($p < 0.01$), в контрольной же группе не выявлено ни одного случая маловодия.

Также при наличии СЗРП частота гестозов выше – 27,3%, чем в контрольной группе – 3,3%, при этом количество случаев гестозов легкой, средней и тяжелой степени в основной группе составило 9, 2, и 1 соответственно, а в контрольной группе – 1 случай гестоза легкой степени.

Оценка новорожденных по шкале Апгар с СЗРП чаще составляет 8/8 баллов – 64,1% , в то время как в контроле – 8/9 баллов – 90,0% ($p < 0,01$), также отмечается 1 случай в основной группе, при котором новорожденный был переведен на ИВЛ (8/ИВЛ). Средняя длина тела новорожденных в основной группе составила $46,56 \pm 0,38$ см, в контрольной – $53 \pm 0,45$ см. Средняя масса тела в основной группе новорожденных составила $2410 \pm 52,5$ г, в контрольной – $3645 \pm 87,9$ г.

При анализе результатов гистологического исследования последа выяснилось, что в основной группе в 2,39 раз чаще выявлялись воспалительные изменения (гнойный и серозный очаговый децидуит, субхориальный интервиллузит, базальный децидуит). В 3,18 раз чаще встречались компенсаторно-приспособительные изменения, в том числе ангиоматоз, хорангиоз, фиброз стромы ворсин, облитеративная ангиопатия, кальциноз ворсинчатого хориона. В основной группе в 4,55% случаев отмечались инфаркты плаценты, в 18,18% нарушения созревания ворсинчатого хориона, чего не отмечалось в контрольной группе.

При УЗИ были выставлены диагнозы ФПН и нарушение МППК, но не были выявлены дистрофические изменения, фиброз и кальциноз ворсин, выпадение фибриноида в межворсинчатом пространстве, воспалительные изменения последа.

Таблица 1. Патоморфологическая характеристика изменений последа у обследованных рожениц

Изменения в последе	СЗРП (n=44)	%	Без СЗРП (n=30)	%
<i>Зрелая плацента без воспалительных изменений</i>	14	31,82	10	33,33%
<u>Воспалительные изменения последа, в том числе:</u>	7	15,91	2	6,67
Децидуит (гнойный, серозный, базальный)	5	11,36	2	6,67
Виллузит (субхориальный и продуктивный)	2	4,54	0	0,0
<u>Компенсаторно-приспособительные изменения:</u>	14*	31,82	3	10,0
Ангиоматоз и хорангиоз ворсин	11*	25,0	1	3,33
Облитеративная ангиопатия, фиброз и кальциноз ворсин	3	6,82	0	0,0
<u>Диссоциация созревания ворсинчатого хориона (с преобладанием незрелых ворсин)</u>	10**	22,72	0	0,0
<u>Расстройства кровообращения (в т. ч. инфаркты и массивное выпадение фибриноида в межворсинчатом пространстве)</u>	3	6,82	0	0,0

Примечание: Достоверность различий по сравнению с контрольной группой * - $p < 0.05$, ** - $p < 0.01$

Выводы:

1. Таким образом, СЗРП (по данным УЗИ) наиболее часто диагностируется на 34-37 неделях гестации с преобладанием асимметричной формы (63,6%).
2. При наличии СЗРП отмечается увеличение частоты гестозов и маловодия ($p < 0,01$).
3. Наличие ХФПН на фоне нарушения маточно-плацентарного кровотока, хронической никотиновой интоксикации и воспалительных изменений в организме беременной привело к формированию СЗРП.
4. При СЗРП чаще встречаются нарушение созревания ворсинчатого хориона, воспалительные и компенсаторно-приспособительные изменения последа.

K. V. Bankrashkova, E. S. Gudnaia

HISTOLOGICAL CHANGES IN THE PLACENTA AND RISK FACTORS OF INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION

Tutors: assistant E. V. Nikitina

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

Литература

1. Щербина Н.А., Макаренко М.В. Клинико-морфологические аспекты развития синдрома задержки роста плода. / Щербина Н.А., Макаренко М.В. // Експериментальна і клінічна медицина. –

70-я Международная научно-практическая конференция студентов и молодых учёных
"Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2016"

2014. – №3.(64) – С.143-147

2. Филиппов Е.С., Перфильева Н.А. Задержка внутриутробного развития плода: современные аспекты проблемы. / Филиппов Е.С., Перфильева Н.А. // Сибирский медицинский журнал. – 2007. – №2. – С. 9-14

3. Вербицкая, М.С. Патоморфологическое исследование последа у родильниц с послеродовым эндометритом. / М.С. Вербицкая // Мед. журнал. – 2011. – №1. – С. 36-39.

4. Казанцева Е. В., Долгушина Н.В. Современные аспекты патогенеза и тактики ведения беременных с синдромом задержки роста плода. / Казанцева Е. В., Долгушина Н.В. // ЭНИ Забайкальский медицинский вестник. – 2012. – №2. – С. 170-177.

5. In utero tobacco exposure: the effects of heavy and very heavy smoking on the rate of SGA infants in the Federal State of Saarland, Germany. / Meyer, A. Raisig, L. Gortner, M.F. Ong, M. Bucheler, E. Tutdibi et al. // European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2009. – №146. – P. 37-40.