

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН С БЕРЕМЕННОСТЬЮ ОСЛОЖНЕННОЙ ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

Пилипак А.Н., Бургело Е.В., Решетникова О.С.

*Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет»,
кафедра патоморфологии, судебной медицины и медицинского законодательства*

В настоящее время известно, что лейомиома матки негативно влияет на репродуктивное здоровье женщины, способствует возникновению разнообразных осложнений беременности, является фактором риска перинатальных потерь. Акушерская практика свидетельствует, что частой гестационной патологией при сочетании беременности с данной опухолью, является фетоплацентарная недостаточность. Вместе с тем, механизмы развития нарушения гомеостаза системы «мать – плацента – плод» при лейомиоме матки остаются по-прежнему не вполне изученными.

Поскольку одним из маркеров плацентарной дисфункции являются диспропорции развития плода и плаценты соответственно сроку гестации, целью настоящего исследования явилось изучение особенностей роста плода и плаценты при лейомиомах матки, в зависимости от плацентации и локализации опухолевых узлов.

Материалы и методы исследования.

Материалом исследования служили 35 плацент женщин, беременность которых завершилась рождением живого ребенка в сроке гестации 37-40 недель. Основную группу составили 25 плацент женщин, у которых диагностирована лейомиома матки, в том числе I подгруппа – 10 плацент с локализацией детского места в проекции миоматозного узла и II подгруппа – 15 наблюдений с плацентацией вне проекции опухоли. Группу контроля составили 10 плацент женщин с физиологическим течением беременности и родов. В каждом клиническом случае учитывались данные о месте локализации плаценты (плацентотопии), регистрировалась масса ребенка и состояние по шкале Апгар.

Макроскопическое исследование плаценты включало: описание её формы, толщины, диаметра, состояние материнской и плодовой поверхности, наличие патологических изменений. Органометрия последа предусматривала определение массы и объема органа без плодовых оболочек с культей пуповины 2см, площади материнской поверхности плаценты. Производился расчет соотношения масс плаценты и плода (плацентарно - плодовой коэффициент- ППК). Для гистологического исследования вырезались кусочки ткани плаценты через всю толщу из центральной, парацентральной и краевой зоны. Образцы плацентарной ткани фиксировались в нейтральном формалине с последующей заливкой в парафин. Для микроскопического исследования срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Гистопрепараты плацент изучались под микроскопом Primo Star (Carl Zeiss, ФРГ) при увеличении $\times 10$ и $\times 40$. Цифровые данные обрабатывались методами математической статистики с использованием вариационного и корреляционного анализа при помощи программного обеспечения Microsoft Excel.

Результаты исследования показали, что органометрические параметры последа (масса органа, площадь материнской поверхности плаценты, ППК) первой подгруппы были выше, чем в группе контроля (соответственно $518 \pm 61,91$ г против $418,33 \pm 26,39$ г, $p < 0,05$; $326,82 \pm 46,79$ см¹ против $216,34 \pm 20,42$ см¹, $p < 0,05$; $0,155 \pm 0,0156$ против $0,120 \pm 0,0063$, $p < 0,05$), показатели органометрии плацент II подгруппы так же были выше, чем в группе контроля (соответственно $507,30 \pm 81,71$ против $418,33 \pm 26,39$ г, $p < 0,05$; $303,79 \pm 47,98$ см¹ против $216,34 \pm 20,42$ см¹, $p < 0,05$; $0,140 \pm 0,0162$ против $0,120 \pm 0,0063$, $p < 0,05$), в то время как объем детского места в I и II подгруппах основной группы был меньшим, чем в группе контроля (соответственно $281,25 \pm 107,76$ мл против $419,16 \pm 18,55$ мл и $354,61 \pm 119,83$ мл против $419,16 \pm 18,55$ мл соответственно). Средняя масса новорожденных основной группы и группы контроля не имела значительных колебаний (I подгруппа - $3425 \pm 493,01$ г; II подгруппа - $3600,76 \pm 376,72$ г; контроль - $3558,33 \pm 224,53$ г).

При гистологическом исследовании в плацентах с локализацией в проекции миоматозного узла определялось относительное увеличение интервиллезного фибриноида, наличие инфарктов, фокусы межворсинчатых кровоизлияний, сужение сосудов опорных ворсин и единичные фиброзированные створчатые и терминальные ворсины. Данные патологические изменения частично компенсировались увеличением числа специализированных ворсин с многочисленными синцитиальными почками и выраженным ангиоматозом мелких ворсин. В плаценте с плацентацией вне проекции опухоли, патологические изменения были менее выражены, в то время как наиболее характерными были компенсаторные процессы.

Таким образом, сравнительный анализ полученных данных свидетельствует о том, что при плацентации вне миоматозного узла, в плаценте доминируют компенсаторно-приспособительные процессы, которые способствуют благоприятному течению беременности и рождению доношенного здорового ребенка.

Однако, в случаях локализации плаценты в проекции лейомиомы, имеются основания полагать, что диспропорции развития плода и плаценты свидетельствуют о недостаточности адаптивных процессов в ворсинчатом хорионе, и требуют дальнейшего более детального анализа как патологических процессов, так и компенсаторно-приспособительных.