

УДК 618.36/06:618.39«44=06»

© Н. Є. Марченко, 2013.

## МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТИ ПРИ ЗАГРОЗІ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ В ДРУГОМУ ТРИМЕСТРІ

**Н. Є. Марченко***Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФГДО (зав. – професор В. І. Пирогова), Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; 79010, Україна, м. Львів, вул. Пекарська, 69; E-mail: postmaster@med.univ.lviv.ua*

### THE MORPHOFUNCTIONAL PLACENTA CHARACTERISTIC UNDER A MISCARRIAGE THREAT IN THE SECOND TRIMESTER

**N. E. Marchenko**

#### SUMMARY

The pathological features of the placenta under a miscarriage threat in the second trimester have been studied in 50 women after delivery at term and preservation therapy, in comparison with the placentas of 30 healthy pregnant women. In placentas under a miscarriage threat, there are differences in the preservation level of the structural components as compared to those in healthy women. In the main group of pregnant women, the placenta areas with deep destructive changes have been observed; there are an increased number of villi with exfoliated syncytiotrophoblast and avascula villi. Compensatory and adaptive reactions in the placenta manifest themselves through an increase of the end parts of the chorion, which causes a restriction of the mesoderm villiferous space and hence hindering of the mother's blood circulation. The established pathomorphological changes in the placenta of women under a miscarriage threat in the second trimester indicate the existence of a morphological basis for placental dysfunction and prolongation of these disorders up to the delivery term. Preservation therapy must be provided with influence on the performance of the uterus-placenta-fetus system in order to improve the uteroplacental circulation and prophylaxis of fetal distress.

### МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТЫ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ

**Н. Е. Марченко**

#### РЕЗЮМЕ

Патоморфологические особенности плаценты при угрозе невынашивания беременности во втором триместре изучены в плацентах 50 женщин после срочных родов и сохраняющей терапии в сравнении с плацентами 30 здоровых рожениц. В плацентах женщин с угрозой прерывания беременности во втором триместре существуют отличия в степени сохранения структурных компонентов плаценты, которые присутствуют у здоровых женщин. В плацентах основной группы рожениц наблюдаются участки с глубокими деструктивными изменениями, присутствует больше ворсинок со слущенным синцитиотрофобластом. Выявляются аваскуляризованные ворсины. Компенсаторно-приспособительные реакции в плаценте проявляются увеличением конечных отделов ворсинчатого хориона, вследствие которого происходит сужение межворсинчатого пространства, что затрудняет циркуляцию материнской крови. Установленные патоморфологические изменения в плацентах рожениц с угрозой прерывания беременности во втором триместре свидетельствуют о существовании морфологической основы дисфункции плаценты и пролонгации этих нарушений до срока родов. Проведение сохраняющей терапии должно проводиться с влиянием на показатели системы матка-плацента-плод с целью улучшения маточно-плацентарного кровообращения.

**Ключові слова: морфологія плаценти, загроза невиношування, II триместр.**

Невиношування вагітності є найчастішою причиною перинатальної захворюваності та смертності. Причини невиношування вагітності достатньо добре вивчено [1, 2]. Лікування загрози невиношування вагітності проводиться стандартизованими методами [3, 5, 6]. Але остаточно не визначені особливості патоморфологічної будови плаценти після медикаментозного лікування жінок з загрозою переривання вагітності в II триместрі вагітності. Останнє дозволило б визначити особливості стану матково-плацентарно-плодового комплексу у таких жінок.

#### МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Проведено обстеження 50 плацент породіль, у яких в II триместрі у 22-28 тижнів проводилася зберігаюча терапія довшим вливанням 2% розчину магній сульфату 400,0 мл 1 раз на добу упродовж 2 днів з переходом на таблетований прийом магне-В<sub>6</sub> по 1 таблетці 3 рази на добу та прийом гініпралу по 1/4 таблетці 3 рази на добу впродовж 5-7 днів. Ефективність лікування визначалася унормуванням тонусу та відсутністю скоротливої активності матки, індексом токолізу, шийкового коефіцієнту

та унормуванням інших ехографічних показників. Контрольну групу склали 30 плацент здорових породіль після термінових пологів без ускладнень. Для гістологічного аналізу брали кусочки всієї товщі плаценти з периферичних метаболічно важливих ділянок. Після фіксації в 10% формаліні і наступної обробки за відомою методикою матеріал розміщувався в парафін. Гістологічні зрізи товщиною 6-8 мкм забарвлювали гематоксилінеозином та еозинном.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

В контрольній групі в більшості випадків виявлялися ознаки фізіологічного старіння плаценти різного ступеня вираженості. Нерідко зустрічаються ділянки кальцинозу, найчастіше в матковій частині плаценти і в термінальних відділах ворсинкового хоріону. Базальна пластинка в контрольній групі найчастіше виявлялася однорідною. У ворсинах середнього, рідше великого, калібру в контрольній групі ворсини в кількості 4-х і більше розміщуються в осьовій або сусідній з нею частині. Стінка судин тонка, просвіт округлої або близької до такої форми. Порожнина більшості з них заповнена форменими елементами крові. Дрібні судини розташовуються ближче до периферії і часто в безпосередній близькості до синцитіотрофобласту, формуючи так звані синцитіокапілярні мембрани [4].

Порівняльні ділянки периферичної зони плацент основної групи відмінні від попередніх більш компактним розміщенням термінальних ворсинок хоріону, їх більш різноманітною, багатолопатевою, інколи химерною формою. Десмодерма деяких ворсинок вміщує багато рівномірно розташованих клітинних елементів з ущільненими подовженими або кулеподібними ядрами. Поряд з цим виявляють явища гіалінового переродження, некрозу десмодерми та її клітинних елементів, деструкції та десквамації синцитіотрофобласту. Міжворсинковий простір подекуди помітно звужений, що, безперечно, утруднює проходження материнської крові.

Виявлення васкуляризації термінальних ворсинок виявило тенденцію до збільшення числа ворсин, які містять більше 4-х судин. Сполучнотканинна строма є багатою на клітинні елементи. Розташовуються вони з різною щільністю. Подекуди в десмодермі виявляють безклітинні ділянки. Вони бувають різними за формою і величиною, як правило, позбавлені чітких контурів. Ядра клітин подовжено-овоїдної форми, гіперхромні. Клітинні тіла не визначаються, лише зрідка нечітко виявляються в міжклітинній речовині у вигляді волокон або пластин.

Десмодерма ворсинок середнього калібру подекуди грубоволокниста. Клітинні елементи розташовуються вогнищево. Їх ядра різні за формою

та розмірами, гіперхромні. Цитоплазма клітин не помітна. Спостерігаються ділянки сполучнотканинної строми без видимих гістологічних структур, стінка деяких судин потовщена. Просвіт вузький, вільний від клітин крові. Трофобласт нерівної товщини, подекуди відсутній. Його тонкі без'ядерні ділянки часто чергуються з більш помітними ядерними зонами.

У найдрібніших кінцевих розгалуженнях ворсинкового хоріону в переважаючій більшості з них синцитіотрофобласт частково відсутній або знаходиться в стані відторгнення та деструкції. Поряд з цим, зустрічаються його невеликі локальні розростання з щільно упакованими гіперхромними ядрами. Сполучнотканинна основа ворсин слабковолокниста, подекуди безструктурна. Клітини в помірній кількості розташовані нерівномірно. Їх дещо більше в периферичній зоні десмодерми. Ядра овоїдної, рідше кулеподібної форми без світлооптичного видимого хроматинового малюнку. Судини дрібні, виявляються не у всіх ворсинках. Стінка їх тонка, з нечіткими контурами. Просвіт округлої форми, вільний від вмісту. Розташовується по периферії, утворюючи подекуди синцитіокапілярні мембрани. В плацентах породіль з лікуванням в II триместрі вагітності з приводу загрози невиношування вагітності спостерігаються деструктивні та компенсаторно-приспосувальні зміни, що свідчить про існування дисфункції плаценти в період зберігаючої терапії та послідуєного доношування вагітності.

#### ВИСНОВКИ

1. В плацентах жінок з загрозою переривання вагітності в II триместрі існують відмінності в ступені збереження структурних компонентів плаценти, які присутні у здорових породіль.

2. В плацентах основної групи породіль спостерігаються ділянки з глибокими деструктивними змінами, знаходиться більше ворсинок зі злущеним синцитіотрофобластом.

3. У жінок з загрозою переривання вагітності в II триместрі виявляються аваскуляризовані ворсини.

4. Компенсаторно-приспосувальні процеси в плаценті проявляються збільшенням кінцевих відділів ворсинкового хоріону і, як наслідок цього, звуженням міжворсинкового простору, що ускладнює циркуляцію материнської крові.

5. Встановлені патоморфологічні зміни в плацентах породіль із загрозою невиношування вагітності в II триместрі свідчать про існування морфологічної основи для дисфункції плаценти та пролонгації цього порушення до терміну пологів.

6. Проведення зберігаючої терапії повинно проводитися з впливом на показники матково-плацентарно-плодового комплексу з метою покращення матково-плацентарного кровоплину.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Маркин Л. Б. Особенности гестационной трансформации маточно-плацентарного кровотока / Л. Б. Маркин // Здоров'я України. – 2011. – № 1. – С. 3–4.
2. Назаренко Л. Г. Актуальні уявлення щодо проблеми невиношування вагітності / Л. Г. Назаренко // Жіночий лікар. – 2013. – № 1 (45). – С. 36–42.
3. Вовк І. Б. Сучасні погляди на етіологію, патогенез, діагностику та лікування загроз переривання вагітності в ранні терміни / І. Б. Вовк // Здоров'я України. – 2012. – № 1 (5). – С. 20–23.
4. Милованов А. П. Патология системы мать-плацента-плод : руководство для врачей / А. П. Милованов. – М. : Медицина, 1999. – 448 с.
5. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року №582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», наказу МОЗ від 31.12.2004 року №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» : Наказ МОЗ України №624 від 03.11.2008 р. – К., 2008.
6. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги : Наказ МОЗ України №582 від 15.12.2003 р. – К., 2003.