

АНАЛИЗ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОСЛЕДА У ЖЕНЩИН С ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ТРОМБОФИЛИЯМИ И ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Дулевич А. С., Гриневич Т. Н., Зверко О. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
tgrinevich@yandex.by

Введение. Невынашивание беременности продолжает оставаться одной из важных проблем современного акушерства. Несмотря на значительные успехи акушерско-гинекологической службы, частота встречаемости этой формы патологии остается стабильно высокой и достигает 25% от общего числа всех клинически выявленных беременностей [1]. Особого внимания заслуживает привычное невынашивание беременности. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, привычным невынашиванием беременности (ПНБ) считается наличие в анамнезе женщины подряд трех и более самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 недель [2]. Такой диагноз ставят примерно 1 женщине из 300, и эти женщины должны планировать беременность под руководством гинеколога, постоянно находиться под наблюдением врача [3].

Чаще всего выкидыш обусловлен не одной, а сразу несколькими причинами. При этом действовать они могут одновременно или поочередно. Главными научно доказанными факторами, которые лежат в основе самопроизвольного выкидыша, считаются: генетические, иммунологические, иммуногенетические, тромбофилические, эндокринные, инфекционно-воспалительные и анатомические.

Механизм прерывания беременности часто реализуется через эндотелиальную дисфункцию, микротромбоз, спазм спиральных артерий, что ведет к ограничению роста и инвазии трофобласта, нарушению газообмена, снижению гормонопродуцирующей функции плаценты [4]. Поэтому анализ структурных изменений последа позволяет установить причины и характер патологии во время беременности, их связь с нарушением развития плода, определить возможный путь нарушений, прогнозировать течение послеродового и раннего неонатального периодов, разработать пути лечения и профилактики при следующей беременности [5].

Цель исследования – провести анализ морфологических характеристик плацентарной ткани у женщин с ранними репродуктивными потерями с привычным невынашиванием беременности.

Материал и методы. Работа выполнялась на базе учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно». С целью выполнения поставленных задач обследованы 11 пациенток с генетическими тромбофилиями и ранними репродуктивными потерями (до 12 недель беременности) в анамнезе (основная группа). Морфологическая оценка проводилась в гистологических препаратах

плацентарной ткани, спонтанно прервавшихся или ранее замерших беременностей. Возраст наблюдаемых женщин составил 26-38 лет, медиана (Me) – 30,5 года.

Критерии включения: привычное невынашивание беременности, т. е. наличие в анамнезе женщины подряд трех и более самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 недель и наличие информированного согласия на проведение исследования. Всем женщинам этой группы осуществлялось комплексное обследование для установления причин невынашивания: исследовался гормональный и инфекционный статус, проводилось ультразвуковое исследование, определялись маркеры антифосфолипидного синдрома.

Критерии невключения в исследование: наличие анатомических дефектов матки; наличие генетических и эндокринных нарушений; наличие инфекций, передающихся половым путем; перенесенные в течение двух недель, предшествующих обследованию, острые заболевания или обострения хронической патологии, соматические и гинекологические заболевания, влияющие на репродуктивную функцию.

Контрольную группу составили 10 женщин с тремя и более физиологическими родами в анамнезе без существенных осложнений, не имеющих клинических проявлений повышенного тромбообразования. Контролем служили образцы хориальной ткани, взятые при искусственном аборте. У женщин этой группы был благоприятный акушерский анамнез, отсутствовали самопроизвольные выкидыши и другие акушерские осложнения. Возраст женщин контрольной группы составил от 24 до 39 лет, медиана (Me) – 35,5 года.

Образцы плацентарной ткани величиной 0,5×0,5 см фиксировали в 10% нейтральном формалине, обезживали в спиртах восходящей концентрации, заливали в парафин, готовили срезы толщиной 5-6 мкм и окрашивали их гематоксилином и эозином. Забор кусочков ткани осуществляли из центральной, парацентральной и краевой частей плаценты, кроме того, один кусочек забирали с хориальной пластинкой, другой – с материнской поверхности.

Морфометрическая оценка включала измерение и оценку следующих показателей плацентарной ткани: 1) определение площади ворсин; 2) определение площади стромы; 3) измерение площади сосудов; 4) определение площади трофобластического эпителия ворсин; 5) измерение площади интервиллезного пространства. Патологические изменения плацентарной ткани, такие как тромбоз сосудов хориона и некроз, оценивали полуколичественно (в баллах от 0 до 3).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q).

Результаты исследований. Результаты гистологического и морфометрического исследования выявили характерные различия гистологического строения и морфометрических характеристик трофобласта и

ворсин хориона между пациентками основной и контрольной групп в I триместре гестации (таблица).

Таблица – Сравнительная оценка морфометрии гистологических структур трофобласта и ворсин хориона у женщин основной и контрольной групп

Показатель	Женщины с ПНБ	Контрольная группа
S ворсин, пикс	515251,9 (431321,5-540834,5)*	782152,6 (539505,0-1065996)
S ворсин, (%)	39,4 (31,5-47,4)	40,4 (27,4-53,0)
S сосудов, (%)	1,95 (1,18-4,51)	1,56 (0,89-2,91)
S трофобласта, пикс	758382,7 (604627,5-910527,0)	154425,1 (130408,5-174700)
S трофобласта (%)	26,7 (22,5-28,2)*	6,8 (4,6-9,0)

Примечание: * – статистически значимые различия между группами по критерию соответствия Стьюдента (t-test)

Площадь трофобласта и сосудов ворсин хориона у пациенток основной группы была статистически значимо большее ($p < 0,003$), чем в контрольной группе. Можно отметить также снижение площади ворсин хориона ($p < 0,04$) в группе женщин с ПНБ в сравнении с группой женщин без репродуктивных потерь в анамнезе.

При оценке морфологических изменений плацентарной ткани у пациенток с ПНБ тромбоз сосудов ворсин хориона – в 90,9% ($p = 0,001$ по сравнению с контролем); некроз – в 93,3% ($p = 0,001$ по сравнению с контролем) случаев. Тромбоз сосудов ворсин хориона с последующим некрозом, дистрофические изменения и отек ворсин хориона приводят к инволютивно-дистрофическим и воспалительным изменениям, а наличие склеротических изменений может свидетельствовать о нарастающей гипоксии.

Выводы. У женщин с ПНБ в плаценте площадь трофобласта больше ($p < 0,003$), а площадь ворсин хориона меньше ($p < 0,04$), чем у представительниц контрольной группы. Тромбоз сосудов хориона и некроз в плаценте при ПНБ выявлены в 90,9% ($p = 0,001$) и 93,3% ($p = 0,001$) случаев, соответственно, что достоверно выше, чем в группе сравнения.

Литература:

1. Пересада, О. А. Современные подходы к терапии невынашивания беременности / О. А. Пересада // Мед. новости. – 2015. – № 5. – С. 28–30.
2. Jordaan, D.-J. Thrombophilia screening in pregnancy / D.-J. Jordaan, M. G. Schoon, P. N. Badenhorst // Obstet. Gynecol. Surv. – 2005. – Vol. 60, N 6. – P. 394–404.
3. Макаров И.О. Течение и ведение беременности по триместрам / И.О. Макаров, И.В. Сидорова. - И.: Миа. - 2009. - 304 с.
4. Бурякова, С.И. Плацентарная дисфункция без гемодинамических нарушений: можно ли снизить антенатальные потери? / С.И. Бурякова, Н.И. Фадеева // Пренатальная диагностика. – 2012. – No4. – С. 332–337.

5. Милованов, А. П. Патология системы мать-плацента-плод: рук. для врачей / А. П. Милованов. – М.: Медицина, 1999. – 446 с.

ANALYSIS OF STRUCTURAL CHANGES IN THE PLACENTA IN WOMEN WITH GENETIC THROMBOPHILIA AND RECURRENT MISCARRIAGE

Dulevich A.S., Grinevich T.N., Zviarko V.I.

Grodno State Medical University, Grodno

tgrinevich@yandex.by

The article is devoted to the analysis of the morphological characteristics of placental tissue in women with early reproductive losses with recurrent miscarriage. It was established that in women with recurrent miscarriage the area of the trophoblast of the placenta is significantly larger ($p < 0,003$) the area of the chorionic villi is smaller ($p < 0,04$) than in the group of women with implemented reproductive function. Thrombosis of the chorionic vessels and necrosis in the placenta with recurrent miscarriage were detected in 90.9% ($p = 0,001$) and 93.3% ($p = 0,001$) cases, respectively, which is significantly higher than in the comparison group.

БОЛЕЗНЬ ГОШЕ: МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Егорская А. Т., Миронова А. Д.

Приволжский исследовательский медицинский университет,

г. Нижний Новгород, РФ

egorskaya00@mail.ru

Введение. Болезнь Гоше (БГ) – лизосомная болезнь накопления, наследуемая аутосомно-рецессивно, основанная на дефекте гена GBA, ответственного за синтез фермента глюкоцереброзидазы. Срок дебюта БГ варьирует от рождения до 80 лет. Своевременному проведению патогенетической ферментной заместительной терапии (ФЗТ) способствует ранняя диагностика.

Цель исследования – выявить методы ранней диагностики и проанализировать тактику лечения БГ на примере клинического случая БГ у ребенка раннего возраста.

Материал и методы. Мальчик К. поступил в детскую городскую клиническую больницу № 27 (ДГКБ № 27) г. Нижнего Новгорода в возрасте 6 лет с жалобами на заложенность носа, затрудненное дыхание в положении лежа, прогрессирующую усталость при длительной ходьбе, экхимозы на нижних конечностях с 1 года жизни при незначительной травматизации, увеличение живота в объеме за последние полгода. Мальчик от IV беременности, протекавшей без особенностей, IV своевременных самостоятельных родов. При рождении: 3550 г, 52 см, 8/9 баллов по шкале