

Никольская А.К.<sup>1</sup>, Могильницкая О.Э.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

## ЧРЕЗМЕРНЫЙ GESTАЦИОННЫЙ ПРИРОСТ МАССЫ ТЕЛА КАК ИНДУКТОР РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ

**Актуальность.** Плацентарная дисфункция является основным фактором, приводящим к задержке роста плода из-за хронической гипоксии вследствие плохой перфузии сосудов плаценты. Нарушение процесса васкуляризации плаценты приводит к плацентарной недостаточности, из-за чего впоследствии снижается обмен питательных веществ и микроэлементов между материнским кровообращением и кровообращением плода. Выраженное ожирение у беременных женщин является статистически и клинически значимым фактором риска в отношении вероятности развития преэклампсии.

**Цель.** Оценить влияние чрезмерного гестационного прироста массы тела на течение преэклампсии.

**Методы исследования.** В основу работы положены результаты анализа индивидуальных карт беременных, историй родов и гистологического исследования плацентарной ткани 83 женщин с чрезмерным гестационным приростом массы тела и преэклампсией, родивших в УЗ «ГКБСМП г. Гродно». Для однородности сравнения использовались следующие критерии, а именно: доношенная беременность, родоразрешение через естественные родовые пути. Контрольную группу составили 48 женщин с физиологически протекающей беременностью.

**Результаты и их обсуждение.** Беременные с чрезмерным гестационным приростом массы тела и с преэклампсией были разделены на 3 основные группы (по шкале Виттлингера): I группа – преэклампсия легкой степени (34), II группа – преэклампсия средней степени (28), III группа – преэклампсия тяжелой степени (21).

В контрольной группе первородящие составляли 53,68%, а с преэклампсией большинство первородящих было во второй группе (90,48%).

Наличие трех симптомов (отеки, повышение артериального давления, протеинурия) отмечено у 30,12% женщин, двух – у 44,58% человек, одного – у 25,3%. При отсутствии типичной триады признаков наиболее частым явилось сочетание гипертензии и протеинурии.

Беременность осложнилась угрозой прерывания у 8,81% женщин контрольной группы, 26,23%, 38,18% и 56,79% женщин с легкой, средней и тяжелой степенью преэклампсии соответственно.

Плацентарные нарушения отмечались наиболее часто у женщин с тяжелой степенью тяжести преэклампсии (8,34%; 35,29%; 42,86%; 85,71% соответственно в контрольной, I, II и III группах). УЗИ выявило изменения со стороны плаценты в виде преждевременного ее созревания в 31,75% случаев у беременных с преэклампсией.

При гистологическом исследовании плацент отмечалось, что для преэклампсии легкой степени характерны участки неравномерной васкуляризации с преобладанием участков гиперваскуляризации. Пролиферация синцитиотрофобласта встречалась в виде отдельных участков при легкой степени преэклампсии с отеком ворсин, в виде узлов с признаками дистрофии при преэклампсии средней и тяжелой степени. Расширенные, склеротически измененные сосуды наиболее часто отмечались при преэклампсии средней степени тяжести. Массивные отложения фибриноида в области базальной пластины и плодовой части были характерны для плацент 2-й и 3-й группы. Для преэклампсии тяжелой степени в центре и на периферии плаценты отмечались инфаркты, очаги обызвествления.

На основании проведенного анализа нами выявлены несоответствия между клиническим диагнозом и патологическими изменениями в ткани плаценты, а именно: при обследовании женщин с легкой степенью тяжести преэклампсии – в 11,7% случаев, у женщин со средней степенью тяжести – в 21,45%.

---