



Особенности фетоплацентарного комплекса у беременных с вирусными гепатитами

Ш.М. Курбанов, Д.М. Рахматуллоева, О.Э. Юлдашева, Н.Х. Багдасарова
НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ

Проведено проспективное исследование 50 беременных с острыми вирусными гепатитами (ОВГ), из них 9 (18%), перенёсших гепатит А, 13 (26%) - гепатит В, 5 (10%) - гепатит С, основную массу 23 (46%) составил гепатит Е.

Вирусные гепатиты во время беременности в подавляющем большинстве случаев приводят к снижению эндокринной функции плаценты, нарушениям кровотока в системе «мать-плацента-плод» с последующим развитием плацентарной недостаточности, повышением частоты рождения маловесных детей и постгипоксических поражений ЦНС новорождённых.

Ключевые слова: вирусные гепатиты А, В, С и Е, фетоплацентарный комплекс, плацентарная недостаточность

АКТУАЛЬНОСТЬ. Плацента относится к временным органам, разнообразные физиологические функции которой направлены на поддержание полноценного плодово-материнского обмена, включающего не только доставку плоду энергетических веществ и выведение продуктов обмена, но и защиту его от вредных влияний матери и внешней среды [1].

Корреляция между уровнем репродуктивных потерь и нарушением функции плаценты убедительно доказывает, что важнейшей проблемой акушерства и перинатологии является фетоплацентарная недостаточность (ФПН) [2]. Возникновение ФПН сопровождается синдромом задержки внутриутробного развития плода и его хронической гипоксией, в раннем неонатальном периоде - снижением адаптации и неврологическими расстройствами у новорождённых, позднее - высокой частотой заболеваемости, нарушением физического и интеллектуального развития детей [3, 4].

Вместе с тем, течение пренатального периода в существенной степени определяется состоянием здоровья беременной женщины и характером течения беременности и родов. Это имеет большую важность для Таджикистана, поскольку здесь широко распространены особенно среди женщин репродуктивного возраста экстрагенитальные заболевания, что повышает частоту беременности «высокого риска» [5].

Состояние плода и новорождённого при ОВГ беременной и роженицы зависит от следующих основ-

ных факторов: этиологии вирусных гепатитов (ВГ), степени тяжести течения ВГ, срока беременности к моменту заболевания [6].

У больных с острыми вирусными гепатитами мала вероятность вынашивания плода и рождения здоровых детей. Так, при гепатите Е наблюдается высокая заболеваемость новорождённых и перинатальная потеря детей. При среднетяжёлом течении гепатита заболеваемость доношенных детей составляет 67%, недоношенных – 88%. Антенатальная смертность достигает 10% при гепатите Е средней тяжести и 36% - при тяжело текущем гепатите [7].

Патология плаценты, включая её недостаточность, не имеет тенденции к снижению и составляет от 20% до 60 % в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности [4].

Прогресс современной перинатологии привёл к необходимости решения новых проблем, связанных с гестационным процессом и антенатальной охраной плода. Сегодня мы можем определить условия, влияющие на уровень перинатальных потерь, и должны констатировать, что в развитых странах и отдельных медицинских учреждениях нашей страны как снижения перинатальной заболеваемости, так и смертности удалось добиться благодаря широкому внедрению в акушерскую практику современных технологий [8,9].



Современные диагностические технологии помогают прямо или косвенно оценить адаптационно-компенсаторные возможности плода накануне родов [10]. Такие методы, как кардиотокография, комплексное ультразвуковое исследование, включающее эхографию и доплерометрию, определение гормонов фетоплацентарного комплекса, по-прежнему актуальны и значимы в диагностике внутриутробного страдания плода [11, 12].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: изучение состояния фетоплацентарной системы у беременных с вирусными гепатитами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведено проспективное исследование 50 беременных с острыми вирусными гепатитами, из них 9 (18%), перенёсших гепатит А, 13 (26%) - гепатит В, 5 (10%) - гепатит С и основную массу 23 (46%) составил гепатит Е. Нами проведены доплерометрия, определение гормонов фетоплацентарного кровотока, гистологическое исследование плацент. При проведении гистологического исследования нами оценивалась форма, размер и толщина последов, длина и цвет пуповины, наличие в ней узлов, кровоизлияний, место прикрепления пуповины, цвет плодовых оболочек, наличие в них разрывов. Беременные были разделены на 2 группы: 1 - ая группа – основная, с вирусными гепатитами в количестве 50; 2 – ая группа состоящая из 50 практически здоровых беременных женщин без вирусного гепатита. Основную массу среди беременных 1-ой группы составляли женщины активного репродуктивного возраста (20-30 лет) в количестве 37 (74%), в то время как ко 2-ой группе относились 26 (52%). Среди обследованных из основной группы - жительницы сельской местности составили 80% (40), а 20% (10) беременных проживали в городе, в группе сравнения 28% (14) и 72% (36) соответственно. Исследования проведены на базе Таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии и лаборатории Онкологического научного центра МЗ РТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Течение настоящей беременности изучалось с учётом всех факторов, которые прямо или косвенно могли оказать влияние на пренатальное развитие плода. У беременных с вирусным гепатитом частота осложнений беременности была заметно выше. У 53% женщин во время беременности отмечалась угроза раннего самопроизвольного выкидыша, а угроза преждевременных родов наблюдалась в 75% случаев.

В настоящее время не вызывает сомнения то, что одним из основных факторов, определяющих особенности пренатального периода и перинатального исхода, является состояние кровотока в системе

«мать-плацента-плод». Как свидетельствуют результаты проведённых нами исследований, более чем у трети (37,1%) беременных с гепатитами выявлялись нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод», а в группе сравнения - у 10%.

Анализ характера изменений параметров кровотока в маточно-плацентарно-плодовой системе показал, что у больных основной группы во II триместре беременности выявлялось преимущественно нарушение кровотока в маточных артериях.

Начиная с 25 недели гестации, у беременных с вирусными гепатитами, наряду с нарушениями маточно-плацентарного кровотока, обнаруживались нарушения кровотока в пуповинной артерии. При этом наблюдалось увеличение общей частоты выявления нарушений кровотока в системе «мать-плацента-плод». Так, в сроки от 28 до 31 недели гестации нарушения выявлялись у 28,2% женщин, в 32-35 недель - у 30,0%, а в 36-37 недель - у 41,2% беременных. Важно отметить, что в то время, как частота нарушений кровотока в маточных артериях в течение II и III триместров беременности была относительно постоянной (9,1-10,2%), по мере увеличения срока гестации наблюдалось повышение частоты выявления нарушений плодово-плацентарного кровотока (с 12,1% в 25-27 недель до 37,1% в 36-37 недель).

Таким образом, проведённый анализ данных показывает, что у беременных с вирусными гепатитами имеется определённая последовательность в развитии нарушений кровообращения в системе «мать-плацента-плод». Во II триместре – это, преимущественно, нарушения маточно-плацентарного, а в III - плодово-плацентарного и маточно-плацентарного кровотока.

Изучение гормонопродуцирующей функции фетоплацентарной системы показало, что у беременных основной группы имела тенденция к снижению продукции эстрогенов и прогестерона (табл.).

Как показали наши исследования, изменение характера течения беременности сочеталось с развитием плацентарной недостаточности, подтверждением которых были изменения макро- и микроскопического исследования плаценты. В плацентах женщин из основной группы чаще встречались участки инфарктов и кальцификации.

Пуповина во всех случаях содержала узлы, в которых микроскопически определялись свежие тромбы (рис.2). На плодной поверхности в плаценте об-



ТАБЛИЦА. КОНЦЕНТРАЦИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Показатели	Основная группа	Группа сравнения	Статистическая значимость различий
Прогестерон	458,6 ± 11,9	547,4 ± 18,5	p < 0,05
Эстрадиол	533,7 ± 19,7	714,1 ± 14,2	p < 0,05

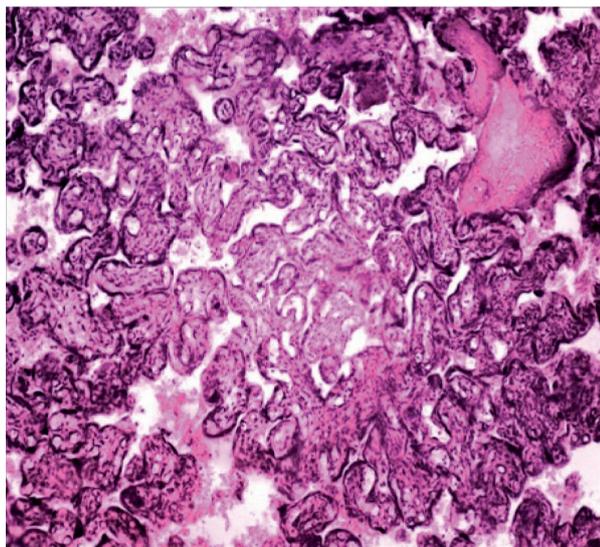


РИС.1. АФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЗОНА СБЛИЖЕНИЯ ВОРСИН (ОКРАСКА ГЕМОТАКСИЛИН-ЭОЗИНОМ, УВЕЛИЧЕНИЕ X 40)

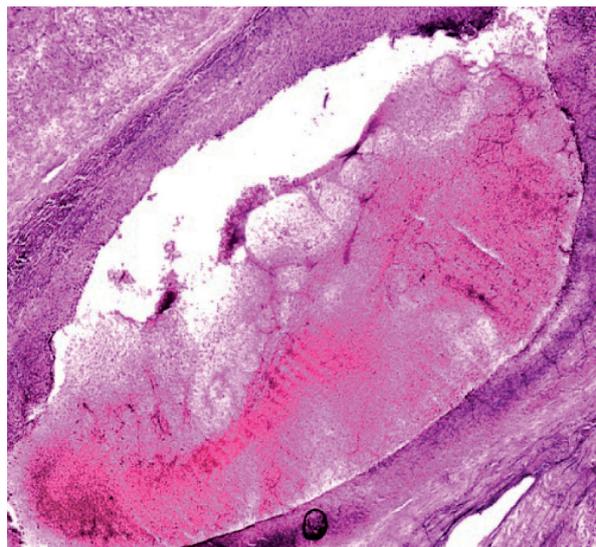


РИС.2. СВЕЖИЙ ТРОМБ В ПРОСВЕТЕ ПУПОВОЙ ВЕНЫ (ОКРАСКА ГЕМОТАКСИЛИН-ЭОЗИНОМ, УВЕЛИЧЕНИЕ X 40)

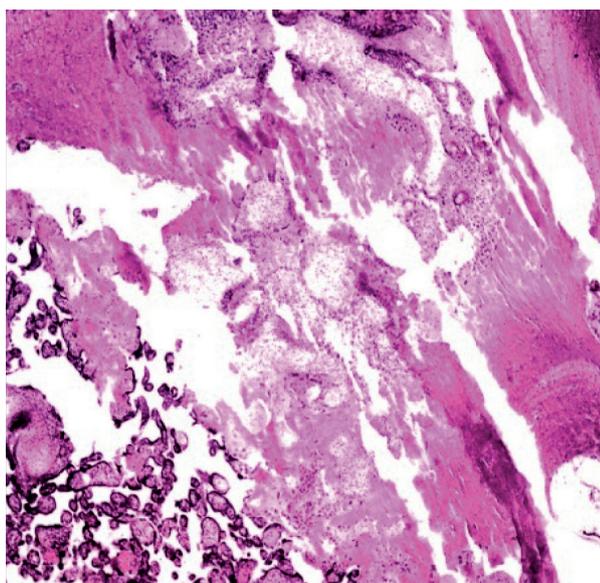


РИС.3. СТАРЫЙ ИНФАРКТ ПЛАЦЕНТЫ (ОКРАСКА ГЕМОТАКСИЛИН-ЭОЗИНОМ, УВЕЛИЧЕНИЕ X 40)

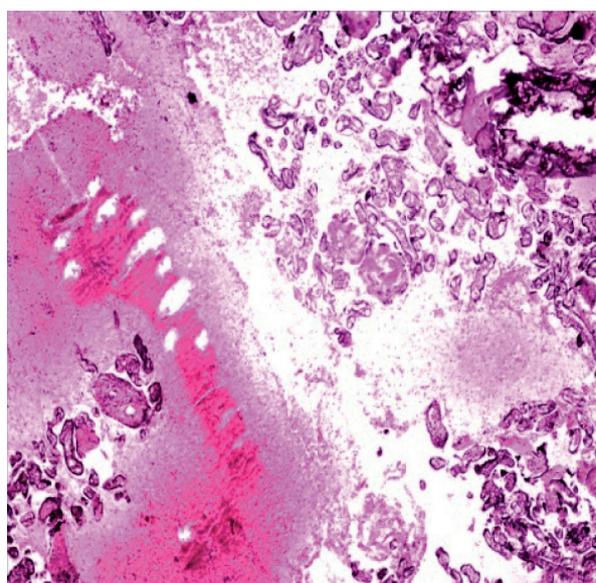


РИС.4. КРОВОИЗЛИЯНИЕ В МЕЖВОРСИНЧАТОЕ ПРОСТРАНСТВО (ОКРАСКА ГЕМОТАКСИЛИН-ЭОЗИНОМ, УВЕЛИЧЕНИЕ X 40)



рашали внимание на состояние сосудов, цвет. На материнской поверхности привлекало наше внимание наличие долек в плаценте, её цвет, присутствие сгустков крови, спаянность их с плацентой. Наличие на материнской поверхности сгустков крови свидетельствовало о частичной преждевременной отслойке плаценты.

При оценке поражений различных частей последа микроскопически было выявлено, что присланные на гистологическое исследование плаценты соответствовали сроку беременности. Преобладали зрелые и незрелые ворсины, часть из которых была склерозированна, встречались афункциональные зоны слипания ворсин (рис.1), а также участки свежих и старых некрозов, состоящих из дистрофически изменённых и некротизированных ворсин. Цитотрофобласт полностью сохранен. Терминальные ворсины с большим количеством беспорядочно расположенных капилляров (от 5 до 8) отмечают полнокровные сосуды с явлениями тромбоза. Стволовые ворсины также содержат большое количество расширенных полнокровных сосудов с признаками тромбоза и кровоизлияний в строму. Число синцитиальных узлов резко увеличено.

Отмечается дистрофия и отёк стромы ворсин, в отдельных ворсинах имеется отложение кальция, фиброз. Количество фибриноида межворсинчатого пространства уменьшено.

Имеются большие участки кровоизлияний со свободно располагающимися мелкими ворсинами (рис.4). Встречаются множественные кальцинаты, большое количество старых инфарктов (рис.3) с крупными кальцинами, ретроплацентарная гематома. Также выявлялись множественные очаги некроза (ишемические инфаркты) и кальциноза в базальной пластинке, ворсинчатом хорионе и хориальной пластинке. Воспаление в ворсинчатом хорионе проявляется слабо выраженным базальным децидуитом. В амнионе дистрофия и очаговая пролиферация эпителия, очаговый некроз, в строме отёк.

При анализе перинатальных исходов выявлено, что родились живыми 42 (84%) новорождённых, мёртвыми - 8 (16%) новорождённых, антенатальная гибель плода установлена накануне родов.

Доношенными родились 26 (62%) новорождённых, средняя масса (М) которых составила – $3070,1 \pm 82,7$; средний рост – $50,1 \pm 0,38$. Каждый третий ребёнок родился в асфиксии различной степени.

Недоношенными родились 16 (38%) новорождённых, средняя масса (М) которых составила – $2103,4 \pm 101,5$; средний рост – $43,8 \pm 0,43$, каждый второй ребёнок родился в асфиксии средней и тяжёлой степени, а у 62,5% новорождённых имело место осложнённое течение раннего неонатального периода.

Синдром задержки плода установлен в 17 (40,4%) случаях, который встречался как у доношенных (7), так и у недоношенных (10) новорождённых.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, вирусный гепатит во время беременности в подавляющем большинстве случаев приводит к снижению эндокринной функции плаценты, нарушениям кровотока в системе «мать-плацента-плод» с последующим развитием плацентарной недостаточности, повышением частоты рождения маловесных детей и постгипоксических поражений ЦНС новорождённых.

ЛИТЕРАТУРА

1. Милованов А.П. Патология системы «мать-плацента-плод»: Руководство для врачей / А.П. Милованов. - М.: Медицина, -1999. - 448с.
2. Новикова С.В. Современные проблемы родоразрешения женщин с фетоплацентарной недостаточностью: автореф... дис. д-ра мед. наук / С.В.Новикова. – М, -2005. - 36с.
3. Барашнев Ю.И. Клинико-морфологическая характеристика церебральных расстройств при гипоксически-ишемических энцефалопатиях / Ю.И. Барашнев // Акушерство и гинекология. - 2000. - №5. - С.39-42
4. Boog G. Acute fetal distress / G. Book // J. Gynec. Obstet. Biol. Reprod. - 2001. - Vol.6. - №30. -P.393-432
5. Пренатальное развитие плода при беременности высокого риска /Под ред. Ф.М.Абдурахманова. - Душанбе. -2010. -254с.
6. Шехтман М.М. Принципы ведения беременности у женщин с острыми вирусными гепатитами (пособие для врачей)/ М.М. Шехтман, К.А. Мартынов - М.: Медицина, 1998. - 23с.
7. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман - М.: Триада-Х, 2008. - 814с.



8. Милованов А.П. Плацента - регулятор гемостаза матери / А.П. Милованов, П.А. Кирющенко, Р.Г. Шмаков // Акушерство и гинекология. - 2001. - №3. - С.3-5
9. Aranyosi J. Practical aspects of Doppler sonography in obstetrics / J. Aranyosi, J. Zatik, A.Jr. Jakab // Orv. Hetil. 2003. - Vol.144. - №34. -P.1683-1686
10. Водолазская Т.И. Антенатальные критерии риска развития церебральных нарушений у новорождённого при хронической гипоксии плода у женщин с привычным невынашиванием беременности / Т.И. Водолазская, В.А. Бурлеев, А.С. Буркова // Акушерство и гинекология. - 1996. - №4. - С.31-34
11. Kurjak A. Three-dimensional sonography for assessment of morphology and vascularization of the fetus and placenta / A. Kurjak, S. Kupesic, M. Kos // J. Soc. Gynec. Investig. - 2002. - Vol.9. - №4. - P.186-202
12. Rybka I.D. Level of placental alpha 1-microglobulin in maternal serum as a marker of intrauterine fetal pathology / I.D. Rybka, M.N. Boltovskaia, M.I. Marshitskaia // Klin. Lab. Diagn. - 2000. - Vol.30. - №1. -P.12-14

Summary

Peculiarities of fetoplacenta in pregnant with viral hepatitis

Sh.M. Kurbanov, D.M. Rahmatulloeva, O.E. Yuldasheva, N.H. Bagdasarova

A prospective study of 50 pregnant women with acute viral hepatitis (AVH), 9 of them (18%) patients have had hepatitis A, 13 (26%) - Hepatitis B, 5 (10%) - hepatitis C, the majority of the patients - 23 (46%) had hepatitis E.

In most cases viral hepatitis during pregnancy lead to a reduction of the endocrine function of the placenta, impaired blood flow in the system «mother-placenta-fetus» with the subsequent development of placental insufficiency, increased frequency of low birth weight children and posthypoxic neonatal CNS disorders.

Key words: viral hepatitis A, B, C and E, fetoplacental complex, placental insufficiency

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Д.М. Рахматуллоева – аспирант ТНИИ акушерства, гинекологии и перинатологии, Таджикистан, г.Душанбе, ул.М.Турсунзаде – 31, тел.: +992 (37) 221-36-56, E-mail: rahrusdil@mail.ru