

УДК 618.36+618.06 (575.2) (04)

**ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ  
ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ  
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

*О.В. Третьякова* – аспирант

---

In given article results of research on fetoplacental failure of women with a various degree of gravity of hypertensive infringements for definition of terms and methods of a delivery are submitted.

Одной из важнейших задач практического здравоохранения и медицинской науки является снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Наиболее частой причиной нарушений состояния плода во время беременности являются нарушения фето- и маточно-плацентарного кровотоков, которые ведут к задержке роста и развития плода, а также перинатальной смертности.

Имеются данные о том, что снижение маточно-плацентарного кровотока может служить одним из патогенетических факторов, способствующих повышению уровня артериального давления. В системе мать – плацента – плод при гипертензивных нарушениях создается порочный круг взаимных патологических изменений, при этом выраженность компенсаторно-приспособительных реакций будет определяться степенью тяжести основного патологического процесса.

Сущность многосторонних изменений при гипертензивных нарушениях заключается, прежде всего, в первоначальном поражении сосудистой системы плаценты и повышении ее проницаемости для антигенов плода. Доказана значимость поражения сосудов плаценты как пускового механизма развития гипертензивных нарушений [1, 2].

Для беременных с гипертензивными нарушениями характерно снижение интенсивности маточного кровотока, наличие выраженно-

го венозного застоя, нарушение оттока крови из сосудов матки, снижение пульсового притока крови. По данным доплерометрии, констатировано нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения, о чем свидетельствует снижение диастолического компонента и повышение периферического сосудистого сопротивления, приводящих к снижению плацентарной перфузии, что является основной причиной гипертензивных нарушений [1]. Морфологически установлено наличие фето-плацентарной недостаточности, клинически проявляющейся внутриутробной гипоксией и гипотрофией плода.

Согласно исследованиям А.Н. Стрижакова и З.М. Мусаева (1998), в фето-плацентарной системе при гипертензивных нарушениях так же, как и во всей системе кровообращения, происходит значительное повышение показателей периферического сосудистого сопротивления. Степень повышения систоло-диастолического объема в маточных, спиральных артериях, артерии пуповины и ее терминальных ветвях прямо зависит от тяжести гипертензивных нарушений. Эти данные можно рассматривать как свидетельство того, что при гипертензивных нарушениях, на фоне снижения объемных показателей центральной гемодинамики и системного сосудистого спазма, формируются компенсаторно-приспособительные механизмы, направленные на нормальное

функционирование системы мать – плацента – плод и только при их истощении развивается фето-плацентарная недостаточность и происходит внутриутробная задержка развития плода [3].

Цель нашего исследования – изучение фето-плацентарного и маточно-плацентарного кровотоков у женщин с различной степенью тяжести гипертензивных нарушений для определения сроков и методов родоразрешения.

#### Материалы и методы исследования.

Предметом исследования явилось изучение особенностей течения беременности, родов и перинатальных исходов при фетоплацентарной недостаточности и гипертензивными нарушениями. Верификация диагноза проводилась согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Общее количество исследуемых женщин составило 1510, из них 71 пациентка с плацентарной недостаточностью и гипертензивными нарушениями.

**Результаты исследования.** Большинство пациенток было в активном репродуктивном возрасте: 54,9% пришлось на возраст 26–32 года; 29,6% – 19–25 лет и 15,5% – на возраст 33–43 года. Начало менархе в основном пришлось на возраст 11–13 лет (45%), на период с 14 до 16 лет – 40,8% (29 пациенток) и менархе, начавшееся после 16 лет, – 14% (10 пациенток).

Чаще всего сочетание гипертензивных нарушений и фето-плацентарной недостаточности наблюдалось у женщин в возрасте 19–25 лет, что составило 55,5%. Начало менархе преобладало в возрасте 11–13 лет (50%).

Нарушение гестационного процесса в зависимости от срока беременности

Период, нед.	Абс. число	Процент
27–29	6	8,5
30–32	13	18,3
33–36	24	33,8
37–40	28	39,4
Всего	71	100

Как видно из таблицы, нарушение гестационного процесса чаще встречалось в сроке гестации 37–40 недель – 39,4%.

Допплерометрическое обследование выявило преимущественное снижение маточно-

плацентарного кровотока – 60,5% (43), снижение фетального кровотока составило 14,1% (10), маточного – 25,4% (18 пациенток).

Из гипертензионных нарушений чаще отмечалась гестационная гипертензия – у 30 (42,3%) женщин. Преэклампсия легкой степени обнаружена у 25 женщин (35,2%), преэклампсия тяжелой степени – у 15 (21,1%), эклампсия – у 2 пациенток (2,8%).

Больше всего осложнений приходится на кесарево сечение – 14%, из них преэклампсия тяжелой степени составила основное число показаний – 50% (5 случаев), отслойка плаценты, острая гипоксия плода – 23,5% (3 случая), эклампсия – 1 (10%), дородовое излитие вод, отсутствие родовой деятельности – 1 (10%).

Обвитие пуповиной составляет 16,9% от основной массы осложнений в родах у плода. Масса большинства родившихся детей была в пределах 2500,0–2899,0 г, рост детей варьировал в пределах 43–47 см. 20,8% плодов имели меньшую массу тела для данного срока беременности. Большинство детей рождались в состоянии умеренной асфиксии (4/7–6/8 баллов), вторую группу составил 31 новорожденный, без признаков асфиксии и трое детей родились на 0 баллов по шкале Апгар.

По данным гистологического исследования последов признаки хронической плацентарной недостаточности отмечались в 72 случаях (старение плаценты, гипоплазия, кальцификаты, кальциноз, ангиопатия, инфаркты). Отслойка и острая гиперемия плаценты – в 36 случаях. Признаки инфекции (децидуит, некроз децидуальной ткани, фолликулит, плацентит) выявлены у 24 женщин и острый ДВС-синдром у двух.

Тяжелые проявления гипертензивных нарушений пришлось на сроки гестации – 27–29 недель, а также между 30 и 32 неделями беременности (30 и 28 случаев соответственно). Интранатальная гибель плода произошла в одном случае вследствие фето-плацентарной недостаточности (ФПН) III степени в сроке гестации 32 недели, а антенатальная гибель плода – в одном случае с ФПН I Б в сроке 36 недель, и в одном случае – ФПН III степени в сроке 31 недели беременности.

Основное количество родов, исходя из исследований, пришлось на срок беременности

27–29 недель – 30 наблюдений (42,3%), а 28 женщин родили в сроке гестации 30–32 недели (39,4%). При первичном выявлении гестационных нарушений, в сроках 27–29 недель, роды произошли в основном в 35–36 недель беременности, а при выявлении в сроках 30–32 недели – дети родились в доношенном сроке. При выявлении патологии в сроке 33–36 недель роды произошли в 37–40 недель.

Таким образом, при гипертензивных нарушениях роды чаще происходят в 35–36 недель. При этом степень нарушения маточного кровообращения, развитие фето-плацентарной недостаточности и гипертензивных нарушений зависят от генеза плацентарной недостаточности. Чем раньше выявлена патология маточно-плацентарного кровотока у популяции, тем хуже перинатальные исходы. Сопутствующая экстрагенитальная патология также приводит к нарушениям маточно-плацентарного кровотока. Наиболее информативным методом исследования является доплерометрия в сроках

беременности 27–28 недель. Неблагоприятные перинатальные исходы выявляются у детей с фето-плацентарными нарушениями кровотока во время внутриутробного развития.

#### Литература

1. *Иманказиева Ф.И., Максумова Э.М., Амерханова М.А., Байджиева А.М.* Применение доплерометрии в оценке состояния плода во время беременности // *Азиатский вестник акушеров – гинекологов.* – 1998. – №2. – С. 57–61.
2. *Сидорова И.С.* Гестоз: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2003. – 416 с.
3. *Стрижаков А.Н., Мусаев З.М.* Системные нарушения гемодинамики при гестозах: патогенез, диагностика и акушерская тактика // *Акушерство и гинекология.* – 1998. – №5. – С. 13–18.
4. *Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюник В.Л.* Плацентарная недостаточность и инфекция. – М.: Медицина, 2004. – 494 с.