

Luând în considerare faptul, că personalul medical implicat în training, s-a întâlnit pentru prima oară cu situația în care să lucreze cu un pacient reprezentat de simulator, aceștia au fost intervievați în care măsură au perceput-o pe SimMom ca și „pacienta Maria”. În 39 de cazuri (50%) atitudinea față de SimMom a fost ca și vis-a-vis de o pacientă obișnuită (persoanele răspunzând prin acord total). Însă trebuie menționat faptul, că pe parcursul derulării repetate a scenariilor și datorită gradului înalt de realitate instalat în camera de simulare, participanții au reușit să-și modifice atitudinea și să perceapă simulatorul ca și pe o pacientă ordinară în 71 de cazuri (91,0% - acord total și acord). În 2 cazuri persoanele nu au putut trece peste atitudinea proprie subiectivă, nereușind să-și modifice atitudinea (dezacord parțial și dezacord total). Cert este, că în pofida faptului s-a lucrat cu un simulator, importanța simulării ca proces de instruire și-a păstrat valoarea înaltă (77 din cazuri – 98,7% răspuns prin acord total).

Persoanele implicate în procesul de simulare, au fost rugate să-și expună propria părere despre modificarea nivelului de profesionalism și perfecționarea abilităților practice în urma simulării efectuate. În 57 din cazuri (73,1%) aceștia au răspuns prin acord total, în 18 cazuri (23,1%) – prin acord și doar în 3 cazuri – prin acord parțial (3,8%), subliniind influența pozitivă a procesului de simulare prin creșterea nivelului de profesionalism observată. Acest moment, după părerea persoanelor antrenate, este important pentru a face față situațiilor de urgență obstetricală la locul de muncă.

În 77 din cazuri (98,7%), persoanele consideră că instruirea prin simulare este un instrument esențial în menținerea nivelului înalt de pregătire teoretică și practică a specialiștilor din domeniu. Mai mult decât

atât, în 68 din cazuri (87,2%), persoanele consideră că vor aduce cunoștințele și abilitățile achiziționate din cursul de simulare, la locul de muncă și vor încerca să le implementeze în practică (persoanele au răspuns prin acord total).

Concluzii. Simularea a permis, în condițiile Republicii Moldova și activității în Centrul Perinatal de nivel III, implementarea programelor de training al lucrului în echipă și educarea personalului medical în luarea deciziilor prompte în urgențele obstetricale, pentru dezvoltarea siguranței pacientei. Simularea a permis creșterea nivelului de competență în implementarea unor cunoștințe teoretice și abilități practice, precum și în procesul de comunicare. Ea a permis achiziționarea unor cunoștințe și abilități „noi”. A fost determinată importanța lucrului în echipa multidisciplinară, fiind necesară repetarea, cu o frecvență constantă (măcar odată în an), a cursului de simulare, ca model de instruire profesională continuă.

Bibliografie

1. Andreatta PAMELA, Bullough A., Marzano D. *Simulation and Team Training*. Clinical Obstetrics&Gynecology, vol. 53, issue 3, 2010, pp. 532-544
2. Argani C., Eichelberger M. et al. *The case for simulation as part of a comprehensive patient safety program*. AJOG, 2011, pp.1-5
3. AYRES-DE-CAMPOS D. *Simulation-based training in Obstetrics and Gynaecology*. FVV IN OBGYN, 2012, Monograph, pp.28-32
4. Gardner R., Raemer D. *Simulation in obstetrics and gynecology*. *Obstet Gynecol Clin North Am.*, no. 35(1), 2008, pp.97-127
5. Свистунов А. *Симуляционное обучение в медицине*. Москва, Издательство Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2013, 288 с.

PARTICULARITĂȚI MORFOLOGICE MACROSCOPICE ALE COMPLEXULUI PLACENTAR ÎN RETARDUL DE CREȘTERE INTRAUTERINĂ A FĂTULUI

Lilia Sinițina¹ – dr. în medicină, conf. cercet., medic morfopatolog,

V. Petrovici¹ – dr. în medicină, medic morfopatolog,

Șt. Samciuc¹ – medic morfopatolog,

V. David¹ – dr. în medicină, conf. univ.,

Liliana Fuior-Bulhac² – medic ecografist,

IMSP Institutul Mamei și Copilului

lily10feb@rambler.ru

Rezumat

Introducere: RCIU este o problemă importantă de sănătate publică atât în țările industrial dezvoltate, cât și în țările în curs de dezvoltare. Din asemenea considerente, creșterea intrauterină a fătului și tulburările acesteia reprezintă o preocupare de importanță majoră a obstetricii moderne. Placenta joacă un rol primordial în dezvoltarea fătului, asigurându-l cu substanțe nutritive și oxigen. Modificările ce apar la etapa invaziei tofoblastului sau diverse patologii ce apar pe par-

cursul evoluției sarcinii și afectează structura placentară, ce primar sau în mod indirect duce la modificarea arhitectonicii vasculare placentare și apariția insuficienței fetoplacentare de diferit grad și, ca urmare duc la incapacitatea placentei de a satisface fătul cu material nutritiv și se dezvoltă suferința fetală. Printre cauzele etiologice al RCIU fetal pot fi menționate masa și dimensiunile mici ale placentei, modificări în structura placentei (infarcte, calcinate, horioangioame, placente, decolare parțială a placentei normal inserate) de asemenea anomalii al cordonului ombilical. Una din cauzele cele mai răspândite ale apariției RCIU a fătului este gestoza. În literatura de specialitate sunt prezente date contraversate despre posibilitatea dezvoltării RCIU în funcție de diverse localizări ale placentei. Așadar, placentografia în studiul dezvoltării și evoluției RCIU fetale este deosebit de actual. **Scopul studiului:** Elucidarea particularităților morfofuncționale structurale macroscopice în complexe placentare și anexelor fetale în RCIU fetal în cazul nașterilor premature. **Material și metode:** Explorările morfologice s-au efectuat pe 30 complexe placentare prin utilizarea metodelor de morfometrie (organometrie, macrometrie). Cercetările s-au efectuat la baza compartimentului Morfopatologic al IMSP IMȘiC în perioada a. a. 2010-2012. În cadrul examenului ecografic au fost studiate 111 gravide cu RCIU al fătului și 116 gravide la care lipsea această patologie. În ambele loturi de studiu s-a produs nașterea prematură. Cercetarea a fost efectuată în secția de ecografie perinatală a Institutului Mamei și Copilului din Republica Moldova. Datele au fost colectate pe parcursul anilor 2010-2013. La examinarea ecografică al placentei s-a stabilit localizarea, aspectul, prezența calcifierilor și diverselor anomalii de structură ale acesteia, de asemenea, prezența sau lipsa anomaliilor cordonului ombilical. **Rezultate:** S-a constatat că localizarea placentei nu exercită o influență la apariția RCIU fetal ($p > 0,05$). Masa complexelor placentare de la sarcinile cu RCIU a fost mai mică decât cea din lotul pacienților fără această patologie. Printre cele mai frecvente patologii placentare ce au fost prezente în cazurile asociate cu RCIU fetal au fost anomalii ale formei, printre care s-au evidențiat cele cu 1-2 lobi accesorii, placenta bilobată. O altă particularitate a constituit prezența în 5 cazuri a anomaliilor de inserție a cordonului ombilical, așa ca cea membranică, periferică și marginală. Însă, nu s-a atestat o oarecare dependență dintre hipoplazia placentară în coraport cu aspectele de formă sau de inserție a cordonului ombilical. O particularitate atestată în lotul examinat, comparativ cu cel de control, a constituit-o aspectul vasodilatativ, inclusiv, anevrismal al vaselor la nivelul corioamniionului placentar, fiind prezent și în placentele fără hipoplazie sau anomalii. Examinările macroscopice ale parenchimului coriovilozitar efectuate prin secționarea în serie a discului placentar, de asemenea, a relevat diverse aspecte de volum ale cotiledoanelor și congestive ale parenchimului placentar. La fel, s-a detectat și prezența infarctelor ischemice atât în zonele periferice, cât și centrale cu implicarea corionului vilozitar și a membranei bazale. La nivelul dilatărilor anevrismale cavernoase în placenta, în divers raport, s-a atestat și prezența coagulilor sau trombilor. Menționăm, că suprafața maternă, în paralel cu aspectele anevrismale sau trombotice, pe diverse arii manifestă un aspect de normă va releva o microcalcinoză dispersată sau de focar în limitele de 30-75% din suprafață. **Concluzie:** Cercetările asupra morfologiei complexului placentar în RCIU fetal la termenul gestațional până la 36⁺⁶ s.a., au demonstrat prezența placentopatiei cu dereglări morfofuncționale structurale și circulatorii, cu evoluția clinică a insuficienței cronice uteroplacentare și coriovilozitare placentare, în divers raport cu reflecție asupra circulației fetoplacentare, în special a celei arterial-ombilicale.

Cuvinte-cheie: RCIU, placenta, morfologia, macroscopia.

Summary: Morphological macroscopic features of placental complex in IUGR

Background: IUGR is an important public health problem in both industrialized countries and developing countries. From these considerations, intrauterine fetal growth and its disorders are a major concern to modern midwifery. Placenta plays a key role in the development of the fetus, giving him nutrients and oxygen. Changes that occur in stage invasion of trophoblast or various pathologies that arise during the course of pregnancy and affects placental structure that primary or indirectly lead to changes in placental vascular architectonics and appearance decisions, with placental insufficiency of different degree and thus lead to failure of the placenta meet fetus nitrite material and therefore develop fetal distress. Among the causes of IUGR can be specified low mass and small size of the placenta, changes in the placenta (infarcts , calcinated, chorioangioma , partial abruption of normally inserted placenta) also abnormalities of the umbilical cord. One of the most common causes of the emergence in IUGR is preeclampsia. In the literature are present contraversate data about the possibility of developing RCIU according to various sites of the placenta. So placentography in the development and evolution of IUGR is particularly timely. **Aim:** Elucidation of Macroscopic morpho-functional structural features of the placental complex in IUGR with premature births. **Materials and Methods:** Explorations morphology were performed on 30 placental complex using morphometry methods (organometry, macrometry). The research was performed in pathological department of IM and Ch during period 2010 - 2012. Ultrasound were performed in 111 pregnant with IUGR and 116 pregnant without this pathology. In both study groups occurred premature birth. The research was conducted in perinatal ultrasound department of the Institute of Mother and Child of Moldova. Data were collected during 2010-2013. On ultrasound examination of the placenta was establish the location, appearance, presence of calcifications and its various structural abnormalities also presence or absence of umbilical cord abnormalities **Results:** It was found that the location of the placenta does not exercise the appearance influents on development of IUGR ($p > 0.05$). The weight of placenta complexes in IUGR was less than that in the group without this pathology. The most common placental pathologies that were present in the cases with IUGR were associated with different abnormalities, were found among those with 1-2 accessories lobes. Another feature was the presence of abnormalities in 5 cases of insertion of the umbilical cord, so that the membranes, peripheral and marginal. But it was not noticed some co-ratio dependence of placental hypoplasia aspects of form or the insertion of the umbilical cord. A feature attested in the examined group, compared with the control group,

was the appearance of vasodilators, including aneurysm of the vessels at the placental corioamnion being present in placentas without hypoplasia or abnormalities. Macroscopic examination of the coriovilozitar parenchyma made by cutting the cord disk area also revealed different aspects of the volume of the parenchyma of placental cotyledons and insufficiency. Similarly, we detect the presence of ischemia both in peripheral and central involvement and chorion villous basement membranes. In the cavernous aneurysm expansions in the placenta, in divers report, confirmed the presence of thrombus coagulants. Mention that the native surface, in parallel to aneurysmal or thrombotic various areas exhibit a time to look reveals a dispersed or focal microcalcinos within the 30-75 % of the surface. **Conclusion:** Research on placental complex morphology in preterm fetal IUGR have demonstrated the presence of the placentopathy on structural and circulatory morphofunctional disorders with the clinical course of chronic uteroplacental placental coriovilozitar insufficiency and in divers report reflects the placental circulation, especially the arterial-umbilical.

Key words: IUGR, placenta, morphology, macroscopy

Резюме: Особенности макроскопической морфологии плацентарного комплекса при ЗВРП

ЗВРП является важной проблемой общественного здравоохранения в промышленно развитых и развивающихся странах. Исходя из этих соображений, внутриутробный рост и его нарушения являются серьезной проблемой для акушерства. Плацента играет ключевую роль в развитии плода, обеспечивая его питательными веществами и кислородом. Изменения, которые происходят в стадии вторжения трофобласта или различные патологий, которые возникают во время беременности влияют на структуру плаценты, что первично или косвенно могут привести к изменениям в плацентарной сосудистой архитектоники и внешнего вида, с развитием плацентарной недостаточности разной степени и таким образом привести к нарушению обеспечению плода питательными веществами и в результате развитию дистресса плода. Среди причин ЗВРП могут быть указаны низкая масса плаценты и небольшой размер плаценты, изменения в плаценте (инфаркты, кальцинаты, хориоангиомы, частичная отслойка плаценты) также аномалии пуповины. Один из самых распространенных причин появления ЗВРП является гестоз. Также очень противоречивы данные литературы по поводу влияния локализации плаценты на возможность развития ЗВРП. Таким образом плацентография в развитии ЗВРП является особенно актуальной. **Цель:** Анализ морфофункциональных структурных комплексных макроскопических особенностей плаценты при ЗВРП при преждевременных родах. **Материалы и методы:** Исследования морфологии проводили на 30 плацентарных комплексах с использованием методов морфометрии (органометрическую и макрометрическую). Исследование было проведено на базе ИМиР отделения патоморфологии в период с 2010 по 2012 год. Ультразвуковое исследование было проведено 111 беременным с ЗВРП и 116 беременным у которых отсутствовала данная патология. В обеих группах произошли преждевременные роды. Исследование было проведено в отделении перинатальной ультразвуковой диагностики Института матери и ребенка в Республике Молдова. Данные были собраны в течение 2010-2013 годов. Было исследовано местоположение плаценты, внешний вид, наличие кальцинатов и ее различные структурные аномалии также наличие или отсутствия аномалий пуповины. **Результаты:** Установлено, что расположение плаценты не осуществляет влияние на развитие ЗВРП ($p > 0,05$). Масса плацентарного комплекса при ЗВРП была меньше, чем у группы без данных за ЗВРП. Наиболее распространенными патологиями плаценты, которые присутствовали в данных случаях, были связаны с аномалией формы и присутствием дополнительных долек. Еще одной особенностью было наличие аномалий в 5 случаях прикрепления пуповины, такие как мембранозные, периферические и краевые. Не было замечена зависимость плацентарных гипоплазии и аспектов формы с аномальным прикреплением пуповины. В группе пациенток с ЗВРП, по сравнению с контрольной группой, присутствовала вазодилатация, включая аневризмы сосудов. Макроскопическое исследование паренхимы хориовилозитарной части обнаружило сокращения дискового массива, и также показало различные аспекты объема паренхимы плаценты и ее недостаточность. Аналогично, было обнаружено присутствие зон инфаркта как в периферических так и центральных участках ворсинок хориона и базальной мембраны. На уровне расширенных пещеристых аневризмах плаценты, в разной мере, подтвердилось наличие тромбов и сгустков. Обращало внимание то что материнская поверхность плаценты, параллельно с аневризмальными или тромботическими изменениями на различных областях проявлялась нормальным видом или выражалось дисперстным или локальным микрокальцинозом в пределах 30-75% всей плацентарной поверхности. **Заключение:** Исследование морфологии плацентарного комплекса при ЗВРП у недоношенных детей продемонстрировало наличие плацентопатии с структуральными морфофункциональными и гемодинамическими нарушениями с клинической эволюцией хронической маточноплацентарной и хориоворсинчатой недостаточностью, которая в разной степени отражается на фетоплацентарном кровообращении, в особенности на артериально-пупочную.

Ключевые слова: ЗВРП, плацента, морфология, макроскопия

Introducere. Reatrdu de creștere intrauterină al fătului (RCIU), care se mai întâlnește sub denumirea de restricția de creștere intrauterină fetală, este o

problemă importantă de sănătate publică atât în țările industrial dezvoltate, cât și în țările în curs de dezvoltare ((în țările dezvoltate se manifestă în 3-7%

din cazuri, iar în țările în curs de dezvoltare – până la 24-30% cazuri) [1]. Din asemenea considerente, creșterea intrauterină a fătului și tulburările acesteia reprezintă o preocupare de importanță majoră a obstetricii moderne, constituind tema numeroaselor cercetări și publicații, ponderea la naștere fiind cel mai semnificativ parametru al indicilor perinatali [2]. Placenta joacă un rol primordial în dezvoltarea fătului, asigurându-l cu substanțe nutritive și oxigen. Modificările ce apar la etapa invaziei tofoblastului sau diverse patologii ce apar pe parcursul evoluției sarcinii și afectează structura placentară, ce primar sau în mod indirect duc la modificarea arhitectonicii vasculare placentare și apariția insuficienței fetoplacentare de diferit grad și ca urmare duc la incapacitatea placentei de a satisface fătul cu material nutritiv și se dezvoltă suferința fetală. La baza afecțiunilor placentare stau schimbările morfopatologice ale porțiunilor bazale și coriale placentare – îngustarea lumenului sau ocluzia vaselor, micșorarea permeabilității membranei placentare, sclerozarea vililor terminali coriali, în combinație cu schimbarea proprietăților de agregare a trombocitelor [3, 4, 5]. Printre cauzele etiologice al RCIU fetal pot fi menționate masa și dimensiunile mici ale placentei, modificări în structura placentei (infarcte, calcinate, horioangioame, placentite, decolare parțială a placentei normal inserate) de asemenea anomalii ale cordonului ombilical [6]. Una din cauzele cele mai răspândite ale apariției RCIU a fătului este gestoza, care apare pe fondul afecțiunilor hepatice, renale, vasculare și cardiace. În cazurile în care gestoza persistă mai mult timp, în placenta au loc schimbări morfologice, ce duc la micșorarea masei și a dimensiunilor ei, la colagenizarea vilozităților terminale, cu depuneri de fibrinoid pe suprafața lor [7], apar dereglări în schimbul de gaze, de substanțe nutritive.

În literatura de specialitate sunt prezente date contraversate despre posibilitatea dezvoltării RCIU în funcție de diverse localizări ale placentei. Unii autori susțin că localizarea placentei poate influența apariția RCIU la făt. Conform multiplelor studii, retardul de creștere se dezvoltă de două ori mai des în cazul localizării ariei placentare pe peretele anterior decât pe cel posterior (50,7% față de 26,7%) [8]. Conform unor date [9], localizarea placentei pe peretele posterior sau anterior garantează o dezvoltare satisfăcătoare a fătului, iar riscul de apariție a RCIU este minimal în aceste cazuri, comparativ cu localizarea laterală. Apariția unei sarcini patologice asociate cu RCIU se observă des în cazul localizării placentei în segmentul uterin inferior, care are o vascularizare mai redusă. Conform altor studii, în toate grupurile examinate cel mai des RCIU se dezvoltă în cazul localizării laterale a placentei [10]. Alți autori nu au depistat nici o le-

gătură între localizarea placentei și apariția RCIU. În studiile sale, Saveliev G.M. [11], a demonstrat că în cazul RCIU placenta în egală măsură a fost localizată pe peretele anterior și pe cel posterior (40%). În același timp, Milovanov A.P. [12] susține că RCIU apare atunci când este afectată mai mult de 1/5 din suprafața placentei, iar în cazul placentei previa și anomaliilor de formă a ei, riscul de apariție a retardului sporește de 2,5 ori.

Așadar, placentografia în studiul dezvoltării și evoluției RCIU fetale este deosebit de actual.

Scopul studiului. Elucidarea particularităților morfofuncționale structurale macroscopice în complexe placentare și anexelor fetale în RCIU fetal în cazul nașterilor premature.

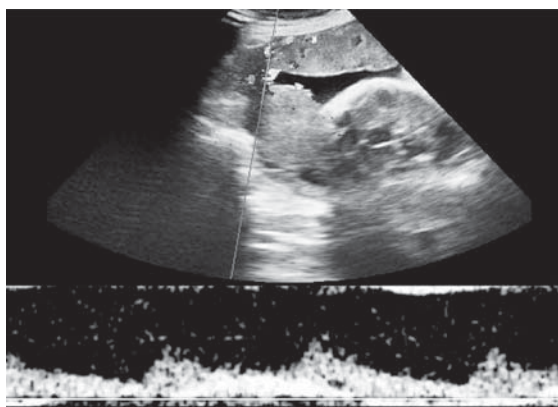
Material și metode. Explorările morfologice s-au efectuat pe 30 complexe placentare, acestea fiind repartizate în 2 loturi: lotul de bază – paciente cu RCIU (n=15 cazuri) și lotul de control – fără date pentru această patologie (n=15 cazuri), prin utilizarea metodelor de morfometrie (organometrie, macrometrie). Cercetările s-au efectuat la baza compartimentului Morfopatologic al IMSP IMȘIC în perioada a. a. 2010-2012. În cadrul examenului ecografic au fost studiate 111 gravide cu RCIU al fătului și 116 gravide la care lipsea această patologie. În ambele loturi de studiu s-a produs nașterea prematură. Cercetarea a fost efectuată în secția de ecografie perinatală a Institutului Mamei și Copilului din Republica Moldova. Datele au fost colectate pe parcursul anilor 2010-2013. În studiu nu au fost incluși feteșii cu malformații incompatibile cu viața și aneuploidii. Examenul ecografic a fost efectuat la aparatele *Esaote My Lab 40* și *Esaote My Lab 15*, cu sonde convexe cu frecvența de 3,3-6,6 MHz, prin metoda transabdominală, folosind programul obstetrical ce funcționează în regim real. La examinarea ecografică a placentei s-a stabilit localizarea, aspectul, prezența calcifierilor și diverselor anomalii de structură ale acesteia, de asemenea prezența sau lipsa anomaliilor cordonului ombilical.

Rezultate și discuții. Conform datelor unor autori [8,9] localizarea placentei exercită un rol important asupra rezultatelor perinale și frecvenței apariției RCIU al fătului. De către noi s-a încercat de apreciat dacă există vre-o dependență între acești factori. În lotul de bază localizarea placentei pe peretele anterior a fost înregistrată în 61 de cazuri (54,95%), localizare posterioară în 50 de cazuri (45,04%), pe când în lotul de control inserția ariei placentare a fost înregistrată în 47 de cazuri (40,51%), iar pe peretele posterior în 66 cazuri (56,89%). La fel în lotul feteșilor ce nu erau afectați de RCIU au fost prezente 2 cazuri de placenta praevia și un caz de inserție fundică al ariei placentare. Astfel, putem concluda că nu există o diferen-

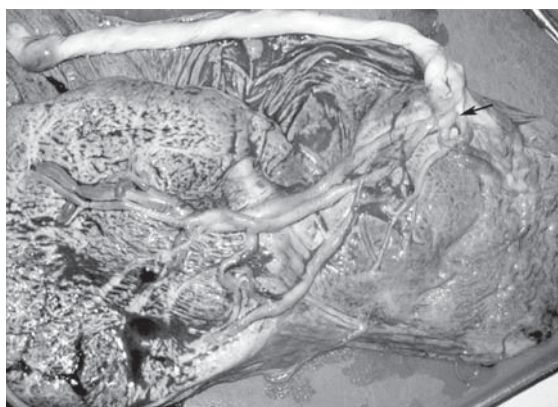
ță semnificativă statistică între loturile comparate, iar localizarea placentei nu are o influență la apariția RCIU fetal ($p > 0,05$)

În rezultatul examinărilor macroscopice, placentele în lotul de control a înregistrat o greutate medie de $356 - 465 \pm 46$ gr. Analiza rezultatelor examinărilor macro- și microscopice ale complexelor placentare de la pacientele cu RCIU a stabilit în 8 cazuri prezența unei hipoplazii a discului placentar, media constituind $285 - 405 \pm 58$ gr, în restul cazurilor cu excepția unui caz (unde s-a înregistrat o hiperplazie cu greutatea de 510 gr) a oscilat în limitele corespunzătoare grupu-

lui de control. În paralel, în 6 cazuri s-au înregistrat anomalii ale formei, printre care s-au evidențiat cele cu 1-2 lobi accesorii, placenta bilobată (Figura 1). O altă particularitate a constituit prezența în 5 cazuri a anomaliilor de inserție a cordonului ombilical, așa ca cea membranică, periferică și marginală (Figura 2). Ținem să remarcăm faptul că nu s-a atestat o oarecare dependență dintre hipoplazia placentară în coraport cu aspectele de formă sau de inserție a cordonului ombilical, aceasta fiind doar observată într-un singur caz (Figura 2), unde de asemenea s-a atestat și un infarct circumvalat ne semnificativ.



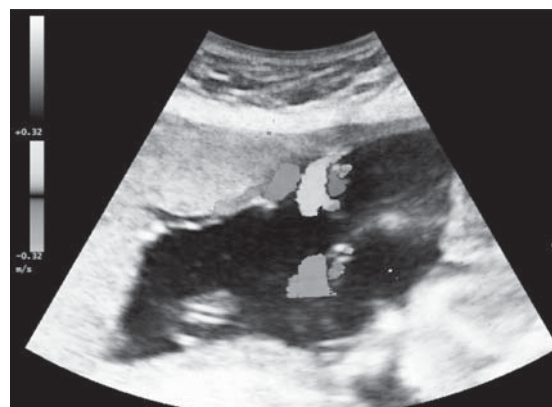
a



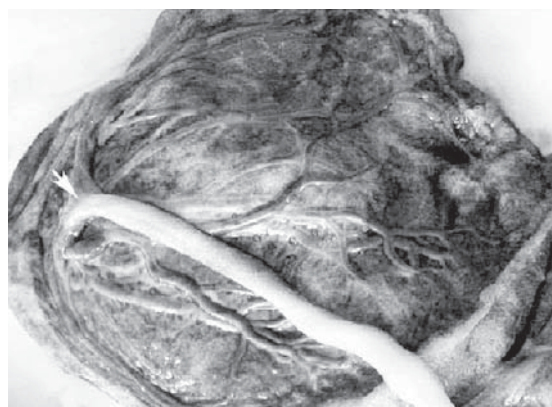
b

Fig. 1. Complex placentar bilobat cu inserție periferică (→) de cordon și rețea vasculară ectaziată tensionată a corioamniionului placentar.
a. Tablou ecografic. b. Macropreparat

O particularitate atestată în lotul examinat, comparativ cu cel de control, a constituit-o aspectul vasodilatativ, inclusiv anevrismal al vaselor la nivelul corioamniionului placentar, fiind prezent și în placentele fără hipoplazie sau anomalii (Figura 3). Concomitent s-a atestat și prezența unor infarcte în limitele de $0,5 \times 0,9$ cm și $1,5 \times 2,0$ cm dispersate în aria placentei sau fiind localizate periferic. Divizarea rețelei vasculare arteriovenoase frecvent marca un aspect mai mult



a

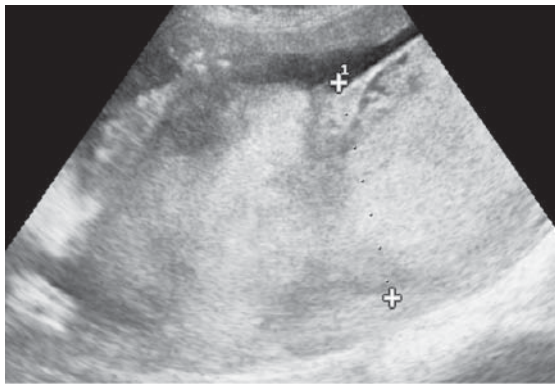


b

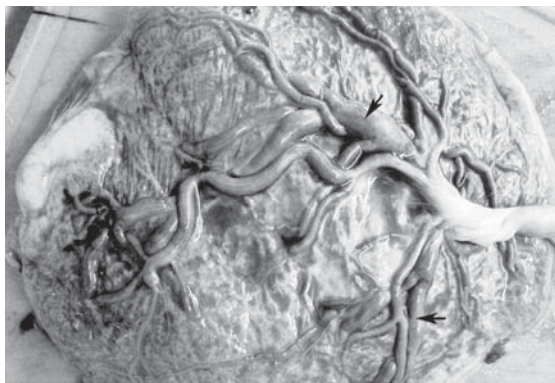
Fig. 2. Hipoplazie a discului placentar asociat cu inserție marginală (→) de cordon.
a. Tablou ecografic.
b. Macropreparat

radiar de divizare pe suprafața maternă comparativ cu cel arborescent sau haotic ce s-a atestat în 3 cazuri.

Este de remarcat faptul, că ectaziile varicoase erau prezente și în cordonul ombilical, variind de la ectazii hipertensive, tensionate ale arterelor (Figura 4) în unele sau alte cazuri, marcând un lumen mult mai fisurat comparativ cu vena. În lumenul vaselor venoase, la diverse nivele, uneori era atestată și prezența trombilor (Figura 5).

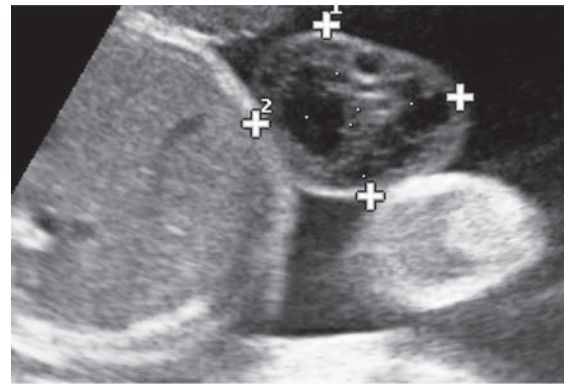


a

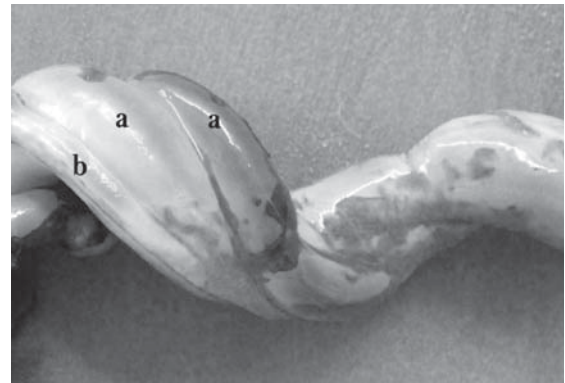


b

Fig. 3. Ectazii (→) ale vaselor venoase ale cori-oamnionului placentar; infarcte unice. a. Tablou ecografic. b. Macropreparat

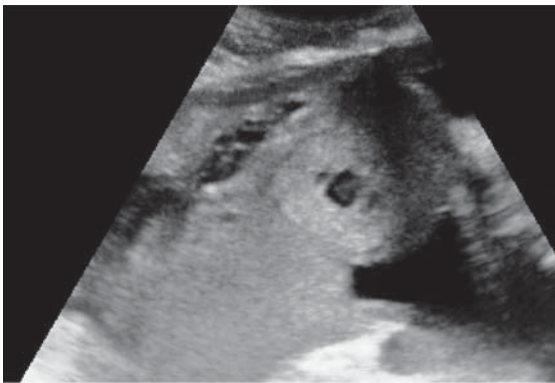


a

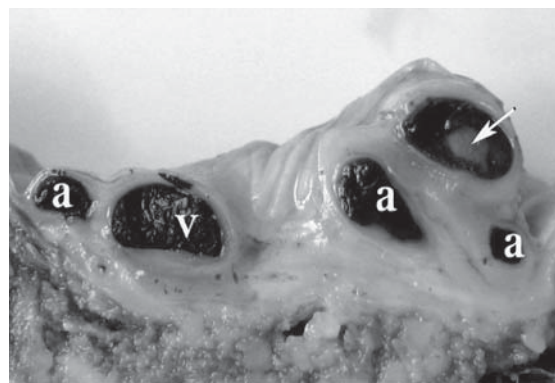


b

Fig. 4. Cordonul ombilical: ectazie hipertensivă a vaselor arteriale (a) comparativ cu vena (b) ombilicală. a. Tablou ecografic. b. Macropreparat

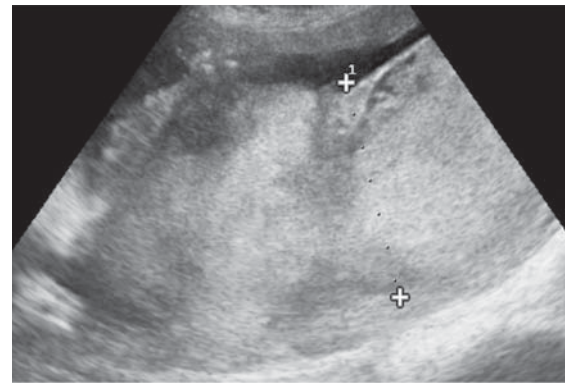


a

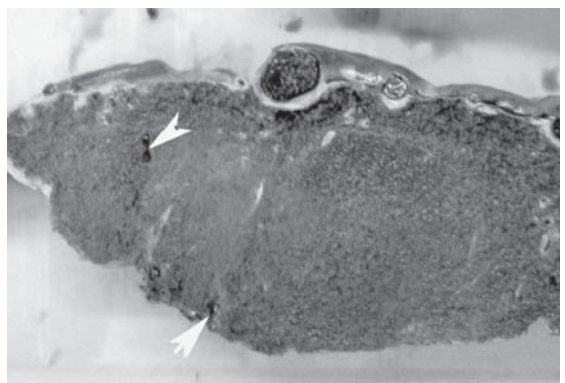


b

Fig. 5. Cordonul ombilical: ectazie hipertensivă a venei (v) cu prezența unui tromboembol (→) în lumen, aspect fisurat al arterei (a) a. Tablou ecografic. b. Macropreparat.

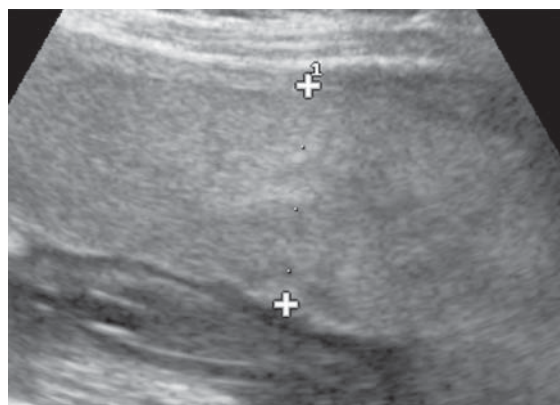


a

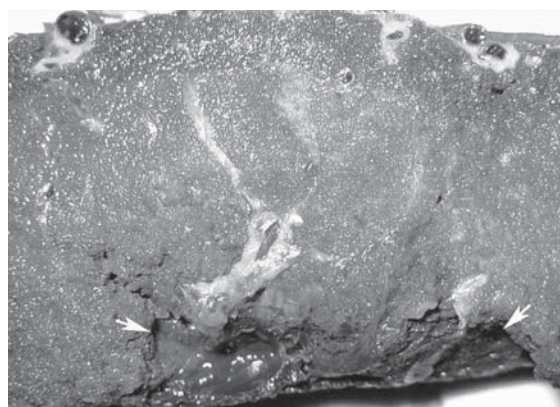


b

Fig. 6. Aspect de ansamblu al parenchimului placentar. Microanevrisme (→) intracotilidoniene în zona bazală. a. Tablou ecografic. b. Macropreparat.



a

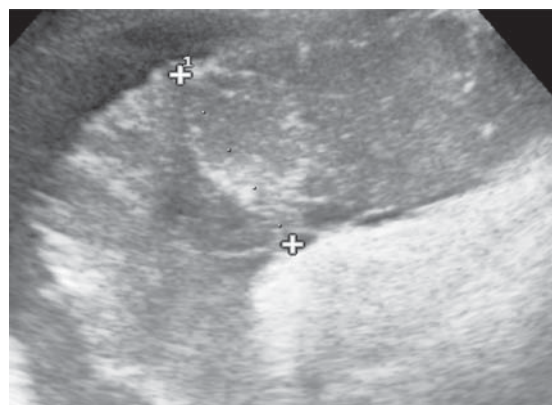


b

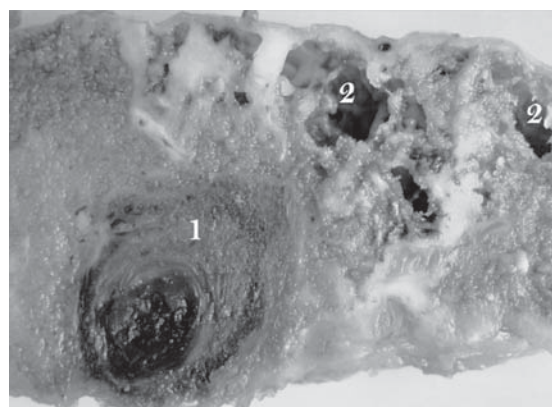
Fig. 7. Macroanevrisme interviloase cu stază (→) în zona bazală. a. Tablou ecografic. b. Macropreparat

Examinările macroscopice ale parenchimului coriovilozitar efectuate prin secționarea în serie a discului placentar, deasemenea, a relevat diverse aspecte de volum ale cotiledoanelor și congestive ale parenchimului placentar. Suprafața maternă era prezentată neuniform de cotiledoane diferențiate, de volum mic, mediu și mare, inclusiv, hiperplazii de cotiledoane (Figura 6-8). Parenchimul, în aspect color, varia în una și aceeași placenta, de la congestie nesemnificativă – până la stază marcantă a parenchimului, având un aspect color roșu întunecat inclusiv, bordo, fapt ce reflectă gradul congestiv al rețelei coriovilozitare placentare. În unele cazuri, în aria cotiledoanelor, cu predilecție la nivelul membranei sau zonei bazale, s-a atestat mai frecvent prezența unor aspecte microanevrismale pe contul spațiilor interviloase (Figura 6).

De menționat, că aspectele anevrismale ale spațiilor interviloase pe unele arii erau cu mult mai mari (Figura 7) iar, cu predilecție în cele cu tabloul clinic de preeclampsie sau eclampsie, aveau o realizare zonală, frecvent implicând circa 50-60% din cotiledon. La nivelul dilatărilor anevrismale cavernoase, în divers raport, s-a atestat și prezența coagurilor sau trombilor. În aceste cazuri, zonele subiacente perifocale



a



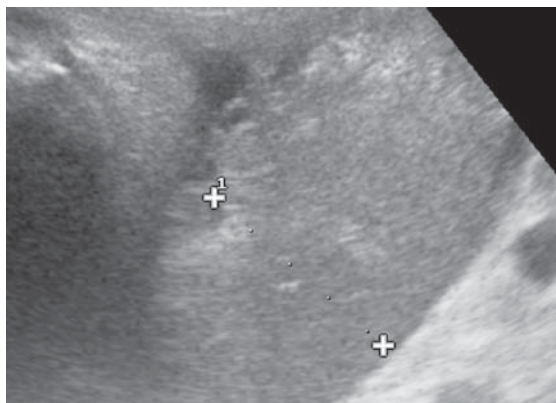
b

Fig. 8. Infarct placentar în baza unui tromb intracavernos (1) asociat cu aneurisme cavernoase în zona perifocală. a. Tablou ecografic. b. Macropreparat

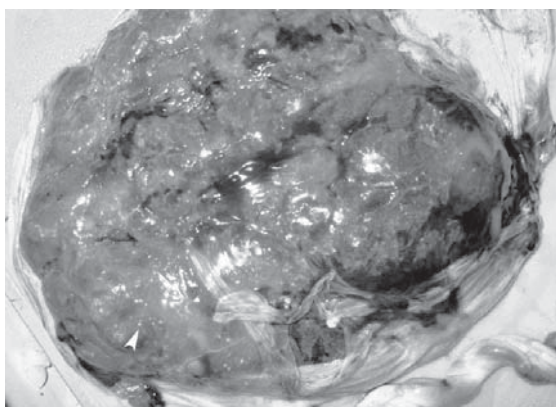
manifestau un aspect atelectatic, de infarct roșietic, hemoragic (Figura 8). Parenchimul la distanță marca o structură mult mai spongioasă pe contul dilatărilor spațiilor interviloase având un aspect de labirinturi hipertensive, uneori destul de semnificative, inclusiv, în zona subcorioamniotală, acestea fiind de divers volum datorită fluxului sanguin ocolitor (Figura 8). Menționăm, că suprafața maternă, în paralel cu aspectele anevrismale sau trombotice, pe diverse arii manifesta un aspect de normă ea releva o microcalcinoză dispersată sau de focar în limitele de 30-75% din suprafață (Figura 9). De asemenea, s-a detectat și prezența infarctelor ischemice atât în zonele periferice, cât și centrale cu implicarea corionului vilozitar și a membranei bazale (Figura 10). De rând cu cele menționate, s-a decelat și prezența membranitei sau corioamniointei meconiale, acestea având o diversă intensitate coloră verzuie.

Concluzii:

1. Cercetările asupra morfologiei complexului placentar în RCIU fetal la termenul gestațional până la 36⁺⁶ s.a. au demonstrat prezența placentopatiei cu dereglări morfofuncționale structurale și circulatorii, cu evoluția clinică a insuficienței cronice uteroplac-

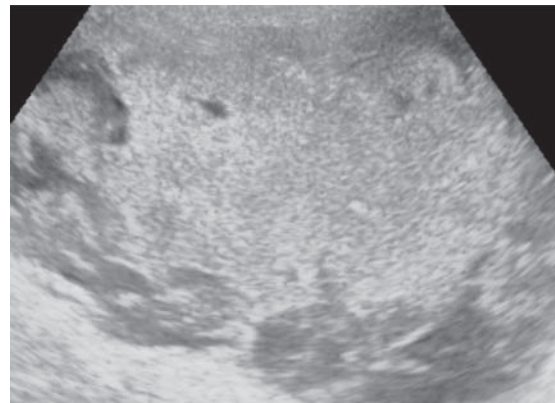


a

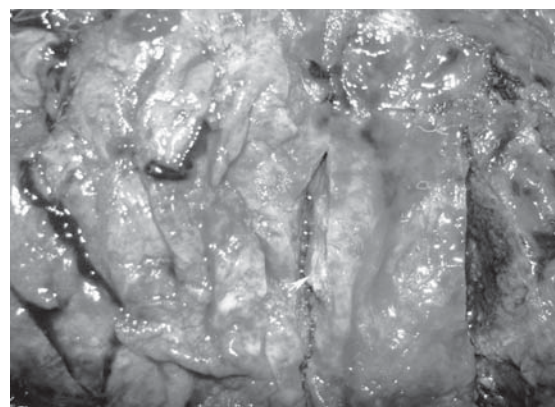


b

Fig. 9. Aspect de ansamblu al suprafeței materne a discului placentar. Microcalcinoză (→) dispersă în membrana deciduală bazală. a. Tablou ecografic. b. Macropreparat



a



b

Fig. 10. Infarct ischemic (→) în zona bazală cu implicarea membranei bazale. a. Tablou ecografic. b. Macropreparat

centare și coriovilozitate placentare, în divers raport cu reflecțiile asupra circulației fetoplacentare, în special a celei arterial-ombilicale.

2. Rezultatele comparative morfopatologice ne demonstrează că mecanismul morfofuncțional principal în progresarea disfuncției placentare cu reflecție asupra fătului este constituit de instalarea dereglărilor circulatorii în vasele vilozităților tronculare secundată de cea la nivelul plăcii corioamniotice și vasele arteriale ombilicale.

Bibliografie

1. M. Rotaru, S. Balagura. *Retardul de dezvoltare intrauterină a fătului*. Revista literaturii. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. 1 (20) 2009, p. 119-124
2. Iliadi-Tulbure Corina. *Retardul de dezvoltare intrauterină (RDIU) al fătului: Aspecte contemporane de diagnostic și metoda optimă de finalizare a sarcinii 14.00.01 – Obstetrică și Ginecologie*, Teză de doctor în medicină, Chișinău, 2008 p. 7.
3. Милованов А.П. *Патология системы мать-плацента-плод*. М.: Медицина, 1999. 448 с.
4. Милованов А.П., Савельев С.В. *Внутриутробное развитие человека*. М.: МДВ, 2006. 384 с.

5. Радзинский В.Е., и соавт. *Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности*. М.: Медицинское информационное агентство, 2004. 393 с.

6. Абрамченко В.В., Шабалов Н.П. *Клиническая перинатология*. Петрозаводск: Интеллект, 2004. 424 с.

7. Biswas S., Ghosh S.K. *Gross morphological changes of placentas associated with intrauterine growth restriction of fetuses: a case control study*. Early Hum Dev., 2008. Ju. 84(6). 357-362 p.

8. Lucy E. G. Kalanithi et al. *Intrauterine Growth Restriction and Placental Location*. Ultrasound Med, 2007; 26. 1481-1489 p.

9. Magann E.F., et al. *Second trimester placental location as a predictor of an adverse pregnancy outcome*. J Perinatol, 2007; 27. 9-14 p.

10. Baschat A.A. et al. *Relationship between arterial and venous Doppler and perinatal outcome in fetal growth restriction*. Ultrasound Obstet Gynecol., 2000 Oct;16(5). 407-413 p.

11. Савельева Г.М. и соавт. *Плацентарная недостаточность*. М.: Медицина, 1991 35-37 с.

12. Милованов А.П. *Патология системы мать-плацента-плод*. М.: Медицина, 1999. 448 с.