

**ПРОБЛЕМЫ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У
ЖЕНЩИН В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ**

*Материалы научно-практической конференции с
международным участием, посвященной юбилею
д.м.н., профессора Ю.К. Джаббарово*

Сборник Тезисов

Ташкент 15.01.2024 г.

безусловно, является «золотым стандартом» диагностики и лечения АМК обусловленные ЭП.

**ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК И
ПЛАЦЕНТЫ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ НА
ФОНЕ ИНФЕКЦИИ**

Нигматова Г.М. , Мехмонова И.

(Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан)

Преждевременное дородовое излитие околоплодных вод является грозным осложнением, оказывающим неблагоприятное влияние на течение и исход родов, как для матери, так и для плода. Однако, до настоящего времени нет единой точки зрения на механизм и причины этой патологии.

Цель исследования: роль морфологических изменений плодных оболочек и плодовой части плаценты в развитии невынашивания беременности на фоне инфекции.

Материал и методы исследования. Обследована 121 беременная с привычным невынашиванием и преждевременными родами сроком от 18 до 34 недель. Сбор материала произведен во время прерывания беременности. Критериями отбора пациенток в настоящее исследование явились наличие в анамнезе 2 и более самопроизвольных прерываний беременности на фоне инфекции. Образцы ткани плодных оболочек и плаценты для световой микроскопии, фиксировались в 10-12% растворе формалина на фосфатном буфере (по Лили). Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином.

Результы и их обсуждение. К патологическим изменениям плодных оболочек и участков плаценты, выявленных при некоторых видах патологии – таких как маловодие, многоводие, часто приводящие к преждевременному излитию околоплодных вод и развитию воспаления, относятся отек компактного слоя амниона. У женщин с признаками многоводия и преждевременным излитием околоплодных вод в виду рыхлой структуры соединительной ткани компактного слоя амниотическая оболочка иногда полностью отслаивалась, образуя в результате этого амниохориональные пространства, содержащие прослойки фибриноида. Наблюдалось увеличение степени вакуолизации клеток цитотрофобласта, и возрастание размеров некоторых из них. Выявлялись участки увеличения выростов амниотической оболочки в околоплодное пространство и гипертрофия амниодитов.

В группе женщин с маловодием основными морфологическими признаками были воспалительные изменения в амнионе и хорионе. У женщин с гематогенным инфицированием в плодных оболочках преобладали явления децидуита, виллузита с отложением фибриноидных

масс, а также участки деструктивных изменений с отторжением амниального эпителия, увеличением отечно-дистрофических явлений в компактном и подлежащем хоримальном слое с наличием кровоизлияний.

Отмечалось ухудшение кровоснабжения децидуальной оболочки, массивные отложения фибриноида вокруг групп децидуальных клеток ворсин, прилежащих к ним, возможно способствуя снижению содержания околоплодных вод, т.е. развитию маловодия.

Приведенные нами данные морфологических исследований свидетельствуют о значении воспалительных явлений в формировании изменений в каждом из структурных компонентов плодных оболочек и секретируемых ими околоплодных вод. Формирующиеся структурные изменения оказывают непосредственное влияние на заболеваемость беременных, плода и новорожденных. Однако, порой они носят противоречивый характер и требуют дальнейшего более глубокого изучения с использованием комплекса современных методов исследования.

ПРИЗНАКИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФЕЦИРОВАНИИ ПЛОДА

Нигматова Г.М., Мехмонова И.

(Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан)

Одним из наиболее важных направлений в решении проблемы внутриутробной инфекции (ВУИ) является ее ранняя диагностика и прогнозирование. Учитывая неспецифичность клинических проявлений ВУИ во время беременности, диагностика ее в большинстве случаев затруднена и возможна лишь в результате сочетания клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования. Трудности антенатальной диагностики ВУИ связаны с широким распространением персистирующих инфекций и условно-патогенных агентов в человеческой популяции, неоднозначностью возможной реализации инфекционного процесса и неспецифичностью клинических проявлений.

Цель исследования: разработка комплексной технологии специфической диагностики ВУИ и её клинико-лабораторная оценка.

Материалы и методы исследования: обследованы 120 беременных с высоким риском инфицирования плода. Критериями включения в исследования являются наличие у беременных хронической урогенитальной инфекции, заболеваний, передающихся половым путем, хронических очагов инфекции. Всем женщинам проведено УЗИ для оценки состояния плода, определения структуры плаценты и количества околоплодных вод, доплерометрия, кардиотокография и оценка биофизического профиля плода; исследованы соскобы их цервикального канала для идентификации наиболее часто встречающихся возбудителей

методом ПЦР, микроскопия анализа выделений, бактериологический посев содержимого влагалища.

Результаты и их обсуждение. При исследовании мазка из влагалища методом микроскопии у 43,4% беременных группы сравнения обнаружено повышенное количество лейкоцитов, кокков и дрожжевых грибов, характерных для бактериального вагиноза. У 74 (53,4%) женщин при бактериологическом посеве содержимого влагалища выявлен рост аэробных и анаэробных микроорганизмов. При исследовании соскобов из цервикального канала методом ПЦР у 19,3% беременных обнаружен геном *Chlamydia trachomatis*, у 29,5% - геном цитомегаловируса, у 28,6% - *Mycoplasma hominis*, у 36,7% - *Ureaplasma urealyticum*. Миксинфекция диагностирована у 63 беременных (52,3%). По данным УЗИ, у беременных группы сравнения значительно чаще встречались задержка развития плода (22,7%), низкая плацентация (7,6%), расширение чашечно-лоханочной системы почек плода (13,1%), нарушения структуры плаценты в виде отека (20%), варикоза сосудов (64,2%), наличия гиперэхогенных включений в плаценте (60,6%), контрастирования базальной пластины (6,9%). По данным оценки биофизического профиля и кардиотокографии у женщин группы риска в отношении внутриутробного инфицирования плода чаще наблюдались также и признаки дисфункции плаценты. У обследуемых женщин 32 ребенка (31,4%) родились с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов, однако в течение 1,5-24 часов отмечалось ухудшение состояния, нарастание сердечной и дыхательной недостаточности, инфекционного токсикоза, признаков угнетения или возбуждения ЦНС, в связи с чем дети были переведены в отделение реанимации новорожденных для ИВЛ. Среди детей, находившихся в отделении реанимации новорожденных с диагнозом «внутриутробная инфекция», у 55% диагностирована внутриутробная пневмония микоплазменной и хламидийной этиологии, у 7,8% - внутриутробный менингоэнцефалит. Клинические проявления инфекционного токсикоза наблюдались у 2,9% детей, из них у 2 генерализованной формы внутриутробной инфекции, у 2 - бактериально-токсического шока, у 1 - внутриутробного омфалита и флебита, у 4 - внутриутробного сепсиса, у 2 - врожденного везикулопустулеза. Гипоксическое поражение ЦНС отмечалось у 73,5% новорожденных. Таким образом, основными факторами риска внутриутробного инфицирования плода являются урогенитальные инфекции у матери, хронические очаги инфекции в её организме, их обострение во время беременности, инфекционные заболевания в период гестации. Специфичными для внутриутробного инфицирования плода являются признаки, определяемые при УЗИ: изменения структуры плаценты (отек, варикоз сосудов, наличие гиперэхогенных включений, контрастирование базальной пластины) и расширение чашечно-лоханочной системы почек плода.