

JRHUNR

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 4,
 ISSUE 3
2023

31. **Насимова Нигина Рустановна**
 СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ/ MODERN VIEW ON SURGICAL TREATMENT IN WOMEN WITH PELVIC PROLAPS/ CHANOQ BO'SHLIQTI PROLAPSASI BOLGAN AYOLLARDA JARROHLIK DAVOLASHNING ZAMONAVU YONINISHI.....204
32. **Негмаджанов Баходур Болтаевич, Махмутова Сенара Эрсатовна**
 РОЛЬ СООТНОШЕНИЯ РАСТВОРИМОЙ FMS-ПОДОБНОЙ ТИРОЗИНКИНАЗЫ-1 И ПЛАЦЕНТАРНОГО ФАКТОРА РОСТА В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ/ THE ROLE OF SOLUBLE FMS-LIKE TYROSINE KINASE-1 AND PLACENTAL GROWTH FACTOR RATIO IN THE DIAGNOSIS OF PREECLAMPSIA/ PLASENTAL O'SISH FAKTORI VA ERIRILGAN FMS-TYROSINKINASE-1 NISBATNING PREEKLAMPSIYADA DIAGNOSTIK AHMIYATI.....207
33. **Негмаджанов Баходур Болтаевич, Ахмедов Зариф Шамсидинович**
 ДИАГНОСТИКА МИКРОБИОЦЕНОЗА АРТИФИЦИАЛЬНОГО ВЛАГАЛИЩА У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ СИГМОИДАЛЬНОГО КОЛЬПОПОЗИЦИИ/ DIAGNOSIS OF ARTIFICIAL VAGINAL MICROBIocenosis IN PATIENTS AFTER SIGMOIDAL COLPOROESIS/ SIGMASIMON KOLPOROEZDAN KEYIN BEMORLARDA SUNTY QIN MIKROBIOTSENOSIZNING DIAGNOSTIKASI.....212
34. **Негмаджанов Баходур Болтаевич, Махмутова Сенара Эрсатовна, Ахмедов Зариф Шамсидинович**
 ОЦЕНКА МИКРОБИОЦЕНОЗА АРТИФИЦИАЛЬНОГО ВЛАГАЛИЩА С ПОМОЩЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕСТА ФЕМОФЛОР-16/ ASSESSMENT OF THE MICROBIocenosis OF THE ARTIFICIAL VAGINA USING THE FEMOFLOr-16 TEST/ SUNTY QINNING MIKROBIOTSENOSIZNI BAHOLASH UCHUN FEMOFLOr-16 TESTNI QOLLASH.....216
35. **Негмаджанов Баходур Болтаевич, Насимова Нигина Рустановна, Жалилова Прола Абдужабберовна**
 РОЛЬ ЭСТРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА В РАЗВИТИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИИ/ THE ROLE OF ESTROGENIC DEFICIENCY IN THE DEVELOPMENT AND PROGRESSION OF GENITAL PROLAPSE/ JINSIY A'ZOLAR PROLAPSASINING RIVOJLANISHI VA RIVOJLANISHIDA ESTROGEN ETISHMOVCHILIGINING ROLI.....220
36. **Нигматова Гульнора Махмутовна**
 КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДНЫХ ОБЛОЧЕК ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА/ CLINICAL AND LABORATORY ASSESSMENT OF THE STATE OF FETAL MEMBRANES IN MISSION OF PREGNANCY OF INFECTIOUS GENESIS/ INFETSION GENEZLI ODATTY TUSHISH BOLGAN HOMILADORLIKDA QO'GONOQ MEMBRANALARI HOLATINI KLINIK-LABORATORIYU BAHOLASH.....224
37. **Ниспанова Фарида Пулатовна, Хегай Тагзана Рузальевна, Каримова Луффи Анваровна**
 ГЕНЫ ПОЛИМОРФИЗМА СОСУДИСТОГО ТОНУСА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ/ GENES OF POLYMORPHISM OF VASCULAR TONE AND ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN THE DEVELOPMENT OF PRE-ECLAMPSIA IN THE UZBEK POPULATION/ O'ZBEK AHOLISIDA PREEKLAMPSIYA RIVOJLANISHIDA TOMIR TONUSI VA ENDOTELIYU DISFUNKSIYASI POLIMORFIZMINING GENLARI.....230
38. **Нурина Асия Аскаревна, Шукурова Мунира Рахмоновна, Эшоника Камола Гайратовна**
 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ИСХОДОВ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ/ PECULIARITIES OF THE COURSE OF PREGNANCY, BIRTH, POSTPARTUM PERIOD AND OUTCOMES OF NEWBORNS WITH INTRAUTERINE PNEUMONIA/ BACHADON ICHI PNEVMONIYASI BILAN YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA HOMILADORLIK, TUG'RUQ VA TUG'RUQDAN KEYINGI DAVRNING XUSUSIYATLARI VA NATIJALARI.....236
39. **Пардана Озга Гайратовна, Эскеров Фарход Истамович**
 ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИЗУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВЕДЕНИИ ЖЕНЩИН С ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ/ OPPORTUNITIES OF ENDOVISUAL DIAGNOSTIC TOOLS IN THE MANAGEMENT OF WOMEN WITH SECONDARY INFERTILITY/ IKKILAMCHI BEPUSHLIK BILAN AYOLLARNIOLIB BORISHDA ENDOVIZUAL TADQIQOT USULLARNING IMKONIYATLARI.....240
40. **Расуллова Гульнора Тахрировна, Камолва Мартаба Яхьяевна, Саидова Махлула Исломовна**
 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ТРОМБОФИЛИЯМИ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЕМ ОБМЕНА ФОЛАТОВ/ FEATURES OF THE COURSE OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH THROMBOPHILIA IN COMBINATION WITH DISTURBANCE OF FOLATE METABOLISM/ TROMBOFILIYA BILAN OG'RIKAN AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQNING XUSUSIYATLARI FOLAT ALMASHINUVINING BUZILISHI BILAN BIRGALIKDA.....246



ISSN: 2161-0990
www.tadqiqot.uz

УДК:616.5-618.5-065.1-0721



Наigmatova Гулнора Мамадуевна
Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДНЫХ ОБЛОЧЕК ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА

For citation: Nigmatova Gulnora Maksudovna, Clinical and laboratory assessment of the state of fetal membranes in mission of pregnancy of infectious genesis, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 3, pp 224-229

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.8318869>

АННОТАЦИЯ

У беременных с привычным невынашиванием инфекционного генеза и околплодных вод отмечается достоверное снижение уровня глюкозы и креатинина, отягощенное степенью зрелости плаценты и его инфицированности, повышение уровня белка, определяющее степень деструкции и инфицированности плаценты, увеличение содержания среднемолекулярных пептидов, маловязкого даладгетид, свободного оксипролина и гексоз в гликозамингликанах, указывающие на наличие дистрофических процессов, структурных изменений коллагеновых структур в фетоплацентарной системе и риск формирования инфекции, определяя раннее излитие околоплодных вод и потерю беременности.

Ключевые слова: привычное невынашивание, околоплодные воды, фетоплацентарная система, креатинин, глюкоза, среднемолекулярные пептиды, перекисное окисление липидов, маловязкий даладгетид, свободный оксипролин, гексозы в гликозамингликанах.

Nigmatova Gulnora Maksudovna
Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan

CLINICAL AND LABORATORY ASSESSMENT OF THE STATE OF FETAL MEMBRANES IN MISSION OF PREGNANCY OF INFECTIOUS GENESIS

ABSTRACT

Reliable decreasing of amniotic fluid glucose and creatinine in pregnant women with infections conditioned habitual non-carrying of pregnancy was observed. Decreased level of above-mentioned data defines degree of fetus contamination and destruction, increased amount of mean molecular mass proteins, malonic aldehyde, free oxypoline and hexoses in glycosaminoglycans which are shows presence of dystrophic processes, structural changes of collagenous structures of fetoplacental system and risk of infects formation, which provides early discharge of amniotic fluid and lost of pregnancy.

Key words: recurrent miscarriage, amniotic fluid, fetoplacental system, creatinine, glucose, medium molecular weight peptides, lipid peroxidation, malondialdehyde, free hydroxyproline, hexoses in glycosaminoglycans.

Nigmatova Gulnora Maqudovna
Tashkent tibbiyot akademiyasi
Tashkent, O'zbekiston

ИНФЕКЦИОН ГЕНЕЗЛИ ОБДАТТУ ТУШИШ БО'ЛГАН ХОМИЛАДОРЛИКДА ҚОҒ'ОНОҚ МЕМБРАНАЛАРИ БОЛАТИНИ КЛИНИК-ЛАБОРАТОРИЙ БАХОЛАШ

ANNOTATSIYA

Amniotik suyuqlikda yuqumli genenezning odatiy tushishi bo'lgan homilador ayollarda glyukoza va kreatinin darajasida sezilarli pasayish kuzatiladi, bu homilaning etuklik darajasini va uning infektsiyasini aks ettiradi; suzmalarning yo'q qilish va infektsiya darajasini belgilaydigan protein darajasining oshishi, glikozaminoglikanlarda o'ta molekulyar og'irlidagi peptidlar, malonik degid, erkin gidroksiprolin va geksoslar miqdorining ko'payishi, distrikt jansiyasining mavjudligini, fetoplacental tizimdagı kollagen tuzilmasining tarkibiy o'zgarishlarini va infarkti sarfini ko'rsatadi, amniotik suyuqlikning orta yerilishini aniqlaydi. va homiladotlikning noibat bulishi.

Калт so'zlar: takroriy abort, amniotik suyuqlik, fetoplacental tizim, kreatinin, glyukoza, o'ta molekulyar og'irlidagi peptidlar, lipid peroksidatsiyasi, malondialdegid, erkin gidroksiprolin, glikozaminoglikanlardagi geksoslar

Одной из актуальных проблем в современном акушерстве является невынашивание беременности. Частота невынашивания в различных странах составляет 5-30% и не имеет тенденции к снижению. В регионах Республики Узбекистан колеблется в широких пределах и в среднем составляет 9,3% [6,7].

Невынашивание беременности является острой социальной и медицинской проблемой, отрицательно влияя на здоровье, репродуктивную функцию, трудовую и общественную деятельность женщины, связывается на семейно-брачных отношениях [1,4].

Невынашивание беременности – это многофакторное состояние гестационного периода. По данным литературы, в патогенезе его играют роль иммунные механизмы и нарушения гемостаза, около 25% –идиопатические факторы, 20% –анатомические факторы, хромосомные и другие генетические нарушения [2,5].

В последнее десятилетие на фоне урбанизации экологической ситуации в стране и в мире, урбанизации, увеличения числа иммунодефицитных состояний и стрессов в генезе невынашивания все большее значение приобретает бактериальные и вирусные инфекции и связанные с персистенцией возбудителя осложнения в основных системах организма.

Этиологические факторы и патогенетические механизмы невынашивания беременности видоизменяются в соответствии с изменениями окружающей среды и условий существования человека [3,8].

В литературе последних лет появились сообщения о роли наружной плодных оболочек в развитии невынашивания беременности, которые выполняют строго определенную функцию и, соответственно, отличаются по своему строению, биохимическому составу и расположению [9,10].

В связи с вышеуказанным целью нашего исследования явилось выяснение роли инфекции при разрыве плодных оболочек у женщин с привычным невынашиванием беременности.

Материал и методы исследования. Нам обследована 201 беременная, из них 121 беременная с привычным невынашиванием и преждевременным родом сроком от 18 до 34 недель (основная группа) на фоне инфекции и 80 женщин, беременность которых прервана по медицинским показаниям (группа сравнения).

Сбор материала производил во время прерывания беременности. Критериями отбора пациенток в настоящее исследование явились наличие в анамнезе 2 и более самопроизвольных прерываний беременности на фоне инфекции.

В околоплодных водах (ОВ) определяли содержание общего белка биуретовым методом (1982), уровень оксалоглицида по методу Н.И. Габриэлян и соавт. (1984), содержание гексоз и галактозы, количество свободного оксипролина по методу П.Н. Шареев (1981) и содержание маловязкого даладгетид (МДА) по методу Л.И. Андреева и соавт. (1989).

Морфологические и биохимические исследования проводили совместно с ЦНИИ ТМА.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст обследованных женщин основной группы находился в пределах от 21 до 30 лет, в группе сравнения преобладали женщины в возрасте 21-25 лет (60%).

У женщин с привычным невынашиванием выявляются ЦМВ – 63,6%, ВПГ – 52,9%, что в 6,4 и 5,3 раза чаще, чем у беременных группы сравнения. Несколько в меньшей степени выявлялись хламидии (27,3%), уреаплазмы (12,4%) и микоплазмы (5%). Довольно часто выявлялись ассоциации этих инфекций, особенно ЦМВ с ВПГ или хламидиями.

Анализируя, исходы предыдущей беременностей у женщин с привычным невынашиванием выявлено, что на одну обследованную женщину приходилось 4 беременности, тогда как в группе сравнения данный показатель был в 1,54 раза меньше и составил 2,6 беременности. В основной группе из 484 беременностей закончилась родами только 144 (29,7%), что в 3,17 раза реже, чем в группе сравнения. При этом преждевременные роды произошли в 76 случаях (15,7%), срочные – в 68 (14,1%), что в 6 раз реже, чем в группе сравнения. В основной группе

самопроизвольный выкидыш произошел в 198 (40,9%) случаях, неразвивающаяся беременность – в 129 (26,7%) случаях, аборт по медицинским показаниям был произведен в 13 (2,7%) случаях.

Самопроизвольный выкидыш до 5-6 недель отмечен в 11%, в сроки 7-12 недель – в 11,9% случаев, в сроки 13-20 недель – в 21,4% и в сроки 21-27 недель – в 16,2% случаев. Неразвивающаяся беременность имела место максимально до 12 недель (в 33% случаев), в 6,4% случаев наблюдалась в сроки 13-27 недель.

В основной группе среди 144 сохранившихся беременностей в 76 (52,8%) случаях беременность закончилась преждевременными родами: в 10,4% - в сроки 22-27 недель, в 17,4% - в сроки 28-30 недель, в 14,6% - в сроки 31-33 недель и в 20,8% случаях – в сроки 34-36 недель.

Всего перинатальная смертность составила 52,8%. Из них при преждевременных родах перинатальная смертность составила 50%, что в 18 раз чаще, чем при срочных родах (2,8%). При этом антенатальная, перинатальная и постнатальная смертность составила 18, 4,2 и 30,6%, соответственно общей перинатальной смертности.

По анamnестическим данным установлено, что в 72 (50%) случаях отмечена предрасположенность различной степени тяжести и жаловалась. При этом предрасположенность легкой степени отмечалась в 43 (29,9%) случаях, предрасположенность тяжелой степени – в 27 (18,7%) случаях, жаловалась – в 2 (1,4%) случаях. ДОПНГ отмечена в 23 (16%) случаях, что в 3,2 раза чаще, чем в контрольной группе, а гипотрофия плаценты различной степени выраженности отмечена в 64 (44,4%) случаях.

При поступлении в стационар тяжесть состояния наблюдаемых нами женщин была обусловлена степенью выраженности инфекционного процесса и сопутствующей соматической патологией. Развитие невынашивания беременности инфекционно-воспалительной этиологии было диагностировано в сроки гестации от 18 до 34 недель. Так, 38 (31,4%) женщины поступили в стационар при сроке 18-22 нед., 32 (26,4%) – 23-26 недель, 34 (28,1%) – 27-30 недель и 17 (14%) – 31-34 недель.

Анализ особенностей течения настоящей беременности у обследованных женщин показал развитие угрожающего раннего выкидыша у 54 (44,6%), угрожающего позднего выкидыша у 33 (27,3%) и преждевременных родов у 34 (28,1%) беременных.

У 67 (56,4%) женщин отмечен ранний токсикоз. Во время беременности ОРВИ перенесли 98 (81%) женщины, обострение вирусной болезни, заболеваний желудочно-кишечного тракта и хронической пневмопневмонии перенесли 81; 9,9; 30,5 и 35,5% беременных, соответственно. Анемия различной степени выраженности отмечена у 112 (92,6%) беременных. Из них анемия I-ой степени отмечена у 94 (77,7%), II-ой степени – у 18 (14,9%) обследованных. Кроме того, у 74 (61,2%) беременных основной группы обнаружено сочетание более 2-х заболеваний.

Во время настоящей беременности развились многоводие (42,1%), хроническая внутриутробная гипоксия плаценты (25,8%), ЗВУР (52,1%).

При оценке частоты влагалища у обследованных беременных нормоценоз не выявлен в основной и отмечен у 10% беременных группы сравнения. Промежуточный тип микрофлоры выявлен лишь у 20,7% беременных основной, что в 4,1 раза реже, чем в группе сравнения. У каждой второй беременной основной группы был установлен бактериальный вагиноз (47,1%), что в 9,4 раза чаще, чем в группе сравнения. Полимикробная вагина микса с высоким содержанием лейкоцитов, макрофагов и выраженного флористого обнаруживалась у каждой третьей женщины с привычным невынашиванием.

Среди инфекций, передающихся половым путем, в основном, преобладали ЦМВ и ВПГ (63,6 и 52,9%, соответственно). У каждой 4-8 женщины выявлялись хламидии, уреаплазмы и микоплазмы выявлялись редко.

У беременных с невынашиванием часто выявлялись микст-инфекций. Сочетание 4-5 инфекций отмечено у 8 (6,6%) обследованных женщин. Наиболее часто выявлялись сочетание ЦМВ+ВПГ (25,6%), ЦМВ+хламидии (14%), ВПГ+хламидии

(8,3%). Лишь у 30 обследованных (25,8%) беременных выявлены моноинфекции в виде ЦВМ (14%), ВПГ (9,9%) и хламидиоза (0,8%).

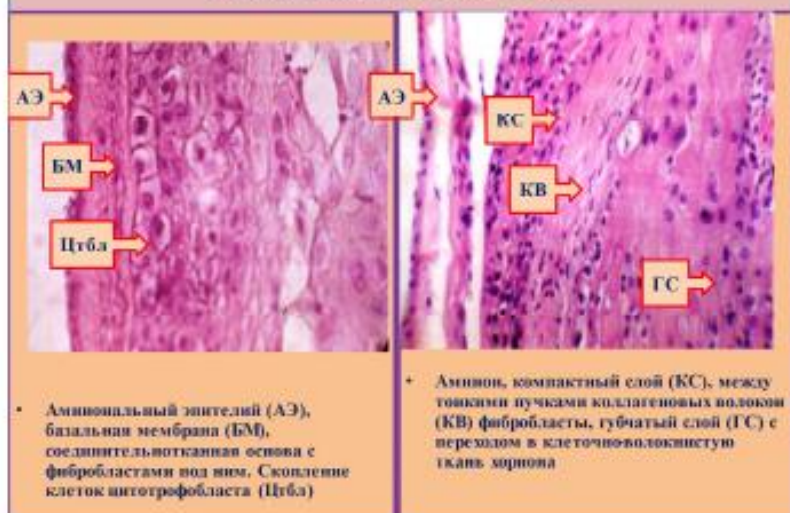
Клинико-экспериментальными исследованиями нами установлена роль морфо-функциональных особенностей амниона и фетальной части плаценты в синтезе амниотической жидкости. Ввиду этого морфологическое изучение амниона, плодного хорiona и децидуальной ткани плаценты чрезвычайно важно для выяснения сущности развития патологических процессов, происходящих в них при угрозе невынашивания беременности, в случаях преждевременного разрыва плодных оболочек и развитии вялой выстилки.

У группы женщин, беременность которых прервана по медицинским показаниям, плодные оболочки сформированы по толщине, в основном из-за размера компактного слоя, хоральной и децидуальной оболочек. Поскольку по кровям плацентарного диска часть основной децидуальной оболочки на границе плодного и ворсинчатого хорона в процессе развития плаценты у женщин с физиологическим течением беременности не разрушалась, она просто прервалась к хорону, образуя замыкающую пластинку, препятствуя тем самым истончению крови из дна и плаценты. В ряде случаев децидуальная оболочка состоит всего из 1-2 рядов децидуальных клеток и редко расположенных капилляров. Участком она содержит эпителиальные эндометриальные железы, ввиду чего толщина плодной оболочки возрастает.

Амнионная оболочка внеплоцентарного амниона была представлена односторонним неэпителиальным слоем или уплощенным эпителием в виде волнистой линии, иногда с образованием выпячивания в область околоплодного пространства. Амнионный эпителий состоял из отдельных клеток, под ним располагался тонкий базальный слой – базальная мембрана, переходящая в компактное вещество, представляющее в виде различного по толщине гомогенного пространства. Под ним располагался слой рыхлой соединительной ткани и периферического цитотрофобласта кубической формы, состоящего из плотного ряда полиморфодерных клеток с экзотрофальной цитоплазмой, часть его обладали светлой цитоплазмой и содержали вакуоли. В его составе просматривались небольшие прослойки фибриноида, расположенные небольшими группами, апролиферные ворсинки.

Компактный соединительнотканый слой амниона был представлен соединительной тканью, слоем фибробластов и клеточных элементов, расположенных между пучками коллагеновых и ретикулярных волокон, а также губчатым слоем, волокна которого продолжались в соединительную ткань хорона. Известно, что при наличии инфекции снижается функция плаценты (дыхательная, питательная, выделительная, защитная, гормональная), что приводит к гипоксии, интравентрикулярной задержке роста плода, патологии окислительности (молочной и мляковидной).

МОРФОЛОГИЯ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ



• Амнионный эпителий (АЭ), базальная мембрана (БМ), соединительнотканная основа с фибробластами под ним. Скопление клеток цитотрофобласта (Цтбл)

• Амнион, компактный слой (КС), между пучками пучками коллагеновых волокон (КВ) фибробласты, губчатый слой (ГС) с переходом в клеточно-волоконистую ткань хорона

У женщин с признаками многоводия и преждевременным излитием околоплодных вод в виду рыхлой структуры соединительной ткани компактного слоя амниотической оболочки иногда полностью отслаивалась, образуя в результате это амнионоанормальное пространство, содержащие прослойки фибриноида. Наблюдалось увеличение степени вакуолизации клеток цитотрофобласта, по сравнению с контролем, и возрастание размер некоторых из них. Выявлялись участки увеличения выростов амниотической оболочки в околоплодное пространство и гипертрофия амниоцитов.

В группе женщин с мляковидным основным морфологическим признаками были воспалительные изменения в

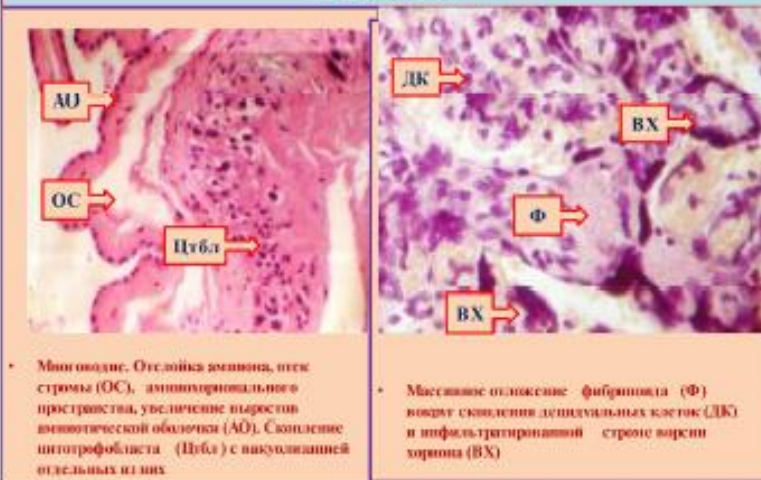
амнионе в хороне. У женщин с гемолитическим инфицированием через кровеносные сосуды экзаметрия, в плодных оболочках в основном преобладали явления децидуита, являвшего с отложением фибриноидных масс а также участки деструктивных изменений с отторжением амнионного эпителия, увеличением очаго-деструктивных явлений и клеточным и подложным хоральным слое с наличием кровоизлияний.

Результаты исследования морфологического строения плодных оболочек и плаценты (амниона, хорона, децидуальной оболочки) показали их взаимосвязь с функциональными особенностями каждого из изучаемых отделов плаценты. При невынашивании беременности инфекционного генеза развиваются хориоамнионит,

отек компактного слоя, очаговый децидуит, некроз и гибель части амниоцитов и ряд децидуальных клеток, сопровождающие с увеличением содержания околоплодных вод. Гипертрофия и

утолщение компактного слоя плодных оболочек, возрастание количества вакуолизированных форм цитотрофобласта совпадает с увеличением объема околоплодных вод.

Особенности гистоморфологии плодных оболочек и плаценты при преждевременном излитии околоплодных вод жедонашивании беременности



• Многоводие. Отслойка децидуи, отек стромы (ОС), амнионоанормальное пространство, увеличение выростов амниотической оболочки (АУ). Скопление цитотрофобласта (Цтбл) с вакуолизацией отдельных ячеек

• Массивное отложение фибриноида (Ф) вокруг скопления децидуальных клеток (ДК) и инфаль-тратрофанной стромы ворсин хорона (ВХ)

Известно, что плодные оболочки содержат в своем составе различные формы коллагена. Являясь фибриллярным белком, он содержит прочность каркаса, упругость и гибкость этих тканей. Под воздействием различных факторов содержание связанного с коллагеном оксипролина резко снижается и возрастает его свободная форма, что приводит к потере эластичности коллагеновых волокон.

Проведенные в этом плане исследования показали, что у группы женщин, беременность которых прервана по медицинским показаниям, содержание свободного оксипролина в околоплодных водах составляет 0,438±0,021 ммоль/мл. Это связано с постоянным образованием коллагеновых волокон. У беременных с привычным невынашиванием на фоне инфекции содержание его прогрессивно возрастает в зависимости от срока гестации, составив 0,573±0,028; 0,613±0,044 и 0,628±0,042 ммоль/мл. Наилучший показатель превышает значения группы сравнения в 1,31 (P<0,05); 1,4 (P<0,01) и 1,43 (P<0,01) раза.

Исследование уровня свободного оксипролина в плодных оболочках беременных с привычным невынашиванием показало резкое его увеличение у беременных с ранними выкидышами в 2,73 раза (0,202±0,019 ммоль/мл белка) (P<0,001) относительно значений группы женщин, беременность которых прервана по медицинским показаниям. В то же время у беременных с поздними выкидышами и преждевременными родами уровень свободного оксипролина превышал соответствующие значения группы сравнения лишь в 1,84(0,136±0,015 ммоль/мл белка) и 1,86 раза (0,138±0,013 ммоль/мл белка) (P<0,01) соответственно. Полученные результаты свидетельствуют о повышенной деградационной структуре плаценты и вымывание его в биосреду, в частности в амниотическую жидкость.

О наличии склеротических изменений в ядросе свидетельствуют высокие значения свободного оксипролина, выраженность которых зависела от срока гестации. Так, данный

показатель статистически значимо возрастал в 1,78, 2,14 и 2,29 раза соответственно у беременных с ранними и поздними выкидышами, и преждевременными родами (0,255±0,029, 0,306±0,024 и 0,328±0,034 ммоль/мл белка).

Одним из показателей качества плодных оболочек является глициноглютамин. Он составляет основу межклеточного матрикса и играет важную роль в целостности структурных компонентов клетки. В последние годы возрос интерес исследователей к изучению содержания гликоза в глициноглютаминах (Г-ГАГ). В околоплодных водах женщины, беременность которых прервана по медицинским показаниям, их содержание 0,023±0,003 ммоль/мл. У беременных с привычным невынашиванием содержание Г-ГАГ возрастает, составив 0,047±0,004, 0,049±0,004 и 0,058±0,005 ммоль/мл, что превышает значения группы сравнения в 2,04 (P<0,001), 2,13 (P<0,001) и 2,52 (P<0,001) раза соответственно сроком гестации. Наибольшее увеличение было характерно для беременных с преждевременными родами.

В плодных оболочках и гемолитическая плаценты данный показатель достоверно снижался. Так, содержание Г-ГАГ в плодных оболочках достоверно снижалось, более выражено у беременных с ранними выкидышами. Так, содержание гликоза в глициноглютаминах было в 1,64 (0,108±0,006 ммоль/мл), 1,55 (0,114±0,015 ммоль/мл) и 1,46 раза (0,121±0,014 ммоль/мл) ниже, чем у группы женщин, беременность которых прервана по медицинским показаниям, соответственно сроком гестации.

Вместе с тем нами также выявлено снижение уровня Г-ГАГ в гемолитической плаценте, особенно у беременных с ранними выкидышами. Так, его значения были достоверно ниже в 2,4, 1,85 и 1,58 раза соответственно у беременных с ранними и поздними выкидышами, и преждевременными родами, и составили 0,084±0,007, 0,109±0,017 и 0,128±0,011 ммоль/мл белка. На наш

клад, это связано с распадом гликопротеиновых комплексов и выходом их компонентов в биологическую жидкость.

Как известно, накопление липофосфоидов связано с увеличением активности фосфолипаз, щелочной фосфатазы и проницаемости клеточных мембран, при этом происходит активация процессов перекисного окисления липидов. Уровню

МДА в околоплодных водах беременных с ранним и поздним выкидышами, а также при преждевременных родах статистически значимо возрастает в 2,55, 3,55 и 4,58 раза, относительно значимой группы сравнения и составляет 0,171, 0,238 и 0,307 ммоль/мл. Как видно из приведенных данных, содержание МДА прогрессивно возрастает по мере увеличения срока гестации.

Таблица 1

Некоторые показатели плаценты у беременных с привычным невынашиванием				
Показатели	Контрольная, n=20	Ранний выкидыш, n=38	Поздний выкидыш, n=32	Преждевременные роды, n=51
МДА, ммоль/мл белка	0,110±0,007	0,271±0,012*	0,243±0,018*	0,314±0,027*
Оксиретинол свободный, ммоль/мл белка	0,143±0,011	0,255±0,029*	0,306±0,024*	0,328±0,034*
Оксиретинол связанный, ммоль/мл белка	0,737±0,054	0,277±0,018*	0,346±0,022*	0,371±0,027*
Г-ГАГ, ммоль/мл белка	0,202±0,023	0,084±0,007*	0,109±0,017*	0,128±0,011*

Примечание: * - различия между показателями женщин с физиологическим течением беременности и невынашиванием (P<0,001).

Активации некоторых биохимических показателей плодных оболочек у беременных с привычным невынашиванием показал статистически значимое увеличение уровня МДА в 3,07 (0,132 ммоль/л), 2,93 (0,126 ммоль/л) и 3,02 (0,130 ммоль/л) раза относительно значимой группы женщин, беременность которых прервана по медицинским показаниям, соответственно у женщин с ранним и поздним выкидышем, а также преждевременными родами. Причем, нами не выявлено существенных различий в уровне МДА в зависимости от срока гестации.

Также нами выявлено, что содержание МДА в гомогенате плаценты с ранними и поздними выкидышами, и преждевременными родами статистически значимо возрастало в

2,46, 2,21 и 2,85 раза соответственно, относительно значений у группы женщин, беременность которых прервана по медицинским показаниям, и составило 0,271, 0,243, 0,314 ммоль/мл белка. Причем, наибольшие изменения нами были отмечены у беременных с ранними выкидышами и преждевременными родами.

Уровень МДА в околоплодных водах беременных с ранним и поздним выкидышами, а также при преждевременных родах статистически значимо возрастает в 2,55, 3,55 и 4,58 раза, относительно значимой группы женщин, беременность которых прервана по медицинским показаниям, и составляет 0,171, 0,238, 0,307 ммоль/мл соответственно.

Таблица 2

Некоторые показатели плодных оболочек у беременных с привычным невынашиванием				
Показатели	Контрольная, n=20	Ранний выкидыш, n=38	Поздний выкидыш, n=32	Преждевременные роды, n=51
МДА, ммоль/мл белка	0,043±0,004	0,132±0,014*	0,126±0,007*	0,130±0,012*
Оксиретинол свободный, ммоль/мл белка	0,074±0,006	0,202±0,019*	0,136±0,015*	0,138±0,013*
Оксиретинол связанный, ммоль/мл белка	0,473±0,035	0,179±0,016*	0,234±0,021*	0,238±0,020*
Г-ГАГ, ммоль/мл белка	0,177±0,022	0,108±0,006*	0,114±0,015*	0,121±0,014*

Примечание: * - различия между показателями женщин с физиологическим течением беременности и невынашиванием (P<0,001).

Значит, у женщин с привычным невынашиванием инфекционного генеза усиление процессов перекисного окисления липидов в системе амниотической жидкости - плодные оболочки - плацента приводит к распаду гликопротеинов и коллагена в плодных оболочках и плаценте, способствующие прерыванию беременности.

Сравнительный анализ наличия и частоты встречаемости клеток плода и амниона в околоплодных водах у беременных с привычным невынашиванием в наших исследованиях показал взаимосвязь их со сроком гестации, внутриутробного инфицирования и страдания плода.

В наших исследованиях анализе общего белка в амниотической жидкости беременных с ранним выкидышем показал увеличение его содержания в 1,2 раза относительно значимой у группы женщин, беременность которых прервана по медицинским показаниям, (33,78±2,68 г/л). У беременных с поздними выкидышами содержание общего белка в околоплодных водах превысило показания группы сравнения в 1,47 раза (41,34±3,12

г/л) (P<0,01), а у беременных с преждевременными родами - в 1,61 раза (45,33±3,07 г/л) (P<0,01).

Наряду с этим возрастало содержание свободного оксиретинола и Г-ГАГ, что указывает на наличие изменений коллагеновых структур в ФПС и риск формирования нефрита, определяя раннее истощение околоплодных вод. У беременных с привычным невынашиванием содержание свободного оксиретинола в АЖ прогрессивно возрастало в зависимости от срока гестации, составляя 0,573±0,028, 0,613±0,044 и 0,628±0,042 ммоль/мл.

У обследованного нами контингента беременных содержание Г-ГАГ в АЖ возрастает, составляя 0,047±0,004, 0,049±0,004 и 0,058±0,005 ммоль/мл, что превышает величину группы сравнения в 2,04 (P<0,001), 2,13 (P<0,001) и 2,52 (P<0,001) раза соответственно группам.

Вместе с этим у обследованных нами женщины выявлены изменения прозрачности и клеточного состава АЖ, отражающие инфицированность, гипоксию и гипотрофию плода; снижение уровня глюкозы (7,98±0,83, 8,33±0,74, 7,64±0,67 мг%) и креатинина

(34,56±3,51, 56,12±4,33, 87,98±7,34 ммоль/л), отражающие степень зрелости плода и его инфицированности.

Являясь продуктами частичного протеолиза, СМТ оказывают цитотоксическое действие как на плод, так и на материнский организм. Так в наших исследованиях у женщин с ранними выкидышами уровень СМТ в околоплодных водах возрастает достоверно в 1,34 раза (0,313±0,008 усл.ед), с поздними выкидышами - в 1,82 раза (0,427±0,023 усл.ед) (P<0,001), с преждевременными родами - в 2,47 (P<0,001) раза (0,578±0,033 усл.ед), соответственно по сравнению с показателями группы сравнения.

Выраженность биохимических показателей и цитологического характера амниотической жидкости на фоне инфекции зависит от срока невынашивания беременности. Изменения биохимического профиля околоплодных вод свидетельствуют о нарушениях в ФПС и наличии воспалительно-деструктивных изменений в ней.

Выводы:

1. Полученные в результате наших исследований данные показывают необходимость исследования некоторых биохимических параметров системы амниотической жидкости - плодные оболочки - плацента у женщин с привычным невынашиванием инфекционного генеза для прогнозирования преждевременного прерывания плодных оболочек, приводящих к

потере плода. Таким образом, ведущая роль в развитии невынашивания беременности и преждевременному прерыванию плодных оболочек на фоне инфекции принадлежит воспалительному изменению в децидуальной оболочке с развитием очагового некротического децидуита, отслойки компактного слоя амниона, гибели амниоцитов в плодных оболочках, а также отложением фибриноидного некрота как вокруг сосудов, так и на поверхности ворсин.

2. Выявлена интенсификация свободно-радикального окисления в системе амниотической жидкости - плодные оболочки - плацента и активации процессов протеолиза, характеризующихся высоким уровнем в околоплодных водах показателей СМТ, приводит к идентичным (однонаправленным) изменениям структуры коллагена и гликопротеинов в плодных оболочках и плаценте, способствуя прерыванию беременности.

3. У беременных с привычным невынашиванием беременности инфекционного генеза по параметрам биохимического состава амниотической жидкости можно косвенно судить о состоянии плодных оболочек. Снижение уровня глюкозы и креатинина, повышение уровня белка, увеличение содержания СМТ, МДА, свободного оксиретинола и Г-ГАГ в околоплодных водах указывают на наличие деструкционных процессов, структурных изменений коллагеновых структур в плодных оболочках, определяя раннее истощение околоплодных вод.

Использованная литература:

- Абдуллаева М.А. Профилактика внутриутробной инфекции плода у беременных с хламидийно-уреаплазменной инфекцией // Новизна дерматовенерологии и репродуктивного здоровья - 2018. - №1. - С.12-14
- Буднова П.В. Актуальные проблемы лечения беременных с рецидивирующей хламидийной инфекцией // Лечащий врач. - 2017. - №10. - С.78-80
- Долгушина Н., Маврица А. Везице беременности и родов у больных с вирусными инфекциями // Лечащий врач. - 2017. - №8. - С.2-3
- Заплатникова А. Л., Коронина Н. А., Корнева М. Ю., Чебуриков А. В. Внутриутробные инфекции: диагностика, лечение, профилактика // Ж. Лечащий врач. - 2015. - №8. - С.54-62
- Линде В. А., Руминова О. А., Лебедева Н. Е. О причинах самопроизвольного прерывания беременности в 1 триместре // Проблемы репродукции: научно-практический журнал. - 2019. - Т.15. - №2. - С.87-89
- Низамова Г.М. НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА - Материалы 70 юбилейной научно-практической конференции с международным участием - Душанбе - 2022 - Т.2 - с. 182-183
- Низамова Г.М. НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ - Новый день в медицине - 4 (54) - 2023 - С.33-36
- Осипова З. А., Мурица Е. А., Скриченко Н. В., Аксенов О. А. Возможности диагностики инфекционного процесса при внутриутробном инфицировании герпетическими вирусами // Ж. Детские инфекции. - 2017. - Т.6. - №3. - С.69-72
- Прилепская, В. Н., Фофанова И.Ю. Микоплазменная инфекция и беременность // Акушерство и гинекология. - 2017. - №4. - С.5-8
- Сидорова И. С., Мажаров И.О., Воеводина С.М. Диагностика и лечение внутриутробной инфекции в различные периоды беременности // Акушерство и гинекология. - 2014. - №2. - С.40-45