

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Султонова Н.А.,

Бухарский медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Республики Узбекистан.

✓ Резюме

Не вынашивание беременности, как правило, является следствием не одной, а нескольких причин, оказывающих свое действие одновременно или последовательно. Принимая во внимание, что невынашивание беременности является многофакторным заболеванием, при котором у большинства больных имеет место сочетание нескольких причин, то и обследование пациенток должно быть комплексным и включать в себя все необходимые современные клинические, инструментальные и лабораторные методы.

Ключевые слова: превициноневынашивание беременности, инфекция, лизосомальные ферменты.

EARLY DIAGNOSIS OF PLACENTAL INSUFFICIENCY IN WOMEN WITH REPRODUCTIVE LOSSES IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Sultonova N.A.,

Bukhara Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan.

✓ Resume

Miscarriage, as a rule, is the result of not one, but several reasons, acting simultaneously or sequentially. Taking into account that miscarriage is a multifactorial disease, in which most patients have a combination of several reasons, the examination of patients should be comprehensive and include all the necessary modern clinical, instrumental and laboratory methods.

Key words: premature miscarriage, infection, lysosomal enzymes.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ШАРОИТИДА РЕПРОДУКТИВ ЙЎҚОТИШЛАРГА УЧРАГАН АЁЛЛАРДА ЙЎЛДОШ ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ

Султонова Н.А.,

Абу Али ибн Сино номли Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме

Ҳомила тушиши, қонда тариқасида, бир вақтнинг ўзида бир неча сабаблар натижасидир. Ҳомиланинг тушиши кўп омилли касаллик эканлигини ҳисобга олган ҳолда, бир беморнинг ўзида бир неча сабаблар борлигини эътироф этиш лозим. Беморларни текшириш кенг қамровли бўлиши ва барча керакли замонавий, клиник, инструментал ва лаборатория усуллари ўз ичига олиши керак.

Калит сўзлар: одатий бола ташлаш, инфекция, лизосомал ферментлар.

Актуальность

На сегодняшний день настоящее время, в Республике Узбекистан производится до 200 тысяч аборт [4,5,7], причем наиболее печальным является факт искусственного прерывания почти 70% повторных беременностей в возрасте 25-29 лет. Зачастую следствием аборта, наряду с эндокринными нарушениями, бесплодием, воспалительными заболеваниями гениталий наступает привычное не вынашивание беременности [3,6].

Цель исследования: разработать диагностические и лечебно-профилактические мероприятия, направленные на улучшение состояния внезародышевых образований у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе.

Материал и методы

Была обследована 51 женщина в сроки гестации 4-42 нед., в том числе 31 пациенток с первой настоящей беременностью, составившие контрольную груп-

пу; 20 пациенток с искусственным прерыванием первой беременности в I триместре в анамнезе. Клиническую оценку состояния здоровья обследованных женщин проводили с помощью разработанной нами статистической карты. Изучаемые параметры отражали паспортные данные, сведения о наличии профессиональных вредностей, перенесенные гинекологические заболевания, экстрагенитальные заболевания. Изучали характер менструальной и репродуктивной функции [2,8].

Программа исследования включала клинико-статистическую характеристику женщин и их новорожденных. Беременные подвергались сонографическому контролю с параллельным определением показателей липидного обмена и ПОЛ в плазме крови, мембранах эритроцитов, активности лизосомальных ферментов ACE и GLU в сыворотке крови. Плацента и ГШ матки подвергались морфологическому и морфометрическому исследованию с использованием метода световой и электронной микроскопии. Ультразвуковое исследование проводилось на ранних сроках гестации (от 4 до 17 недель). Исследование проводили

на аппарате "MedisonSonoAec 8800" (Южная Корея), снабженного доплерометрическим блоком пульсовой волны, с помощью которого проводилось определение кровотока в маточных, спиральных и радиальных артериях. На первом этапе в ходе УЗИ устанавливали маточную беременность на основании визуализации плодного яйца с эмбрионом или без него в полости матки. Оценивали жизнедеятельность эмбриона по двум параметрам: наличию сердечной деятельности и двигательной активности. На следующем этапе проводили изучение экстраэмбриональных структур: наличие или отсутствие желточного мешка (в виде округлого тонкостенного анэхогенного образования, в непосредственной близости от эмбриона), амниотической оболочки (тонкой нежной мантии вокруг эмбриона), хориальной оболочки.

При математической обработке полученных результатов использовался персональный компьютер PENTIUM-5. В качестве основного программного обеспечения выбран пакет модулей для статистической обработки данных STATISTIC A for Windows, Release 4.3 компании Stat.Soft Inc., США (1993).

Результат и обсуждение

Клинико-статистическая оценка анамнеза пациенток с репродуктивными потерями показала, что: наиболее частым сроком искусственного прерывания первой беременности являются 8-10 нед.

искусственный аборт в 2,6 раза увеличивает частоту воспалительных заболеваний женской половой сферы, в то же время у пациенток с самопроизвольным выкидышем и неразвивающейся беременностью их частота возрастает в 5,5 раза.

у пациенток с самопроизвольным выкидышем и неразвивающейся беременностью в анамнезе отмечается удлинение интергенетического интервала, что, по всей видимости, связано со страхом повторной потери плода.

КОК не нашли должного применения у пациенток с искусственным прерыванием первой беременности. В большинстве случаев женщины (каждая вторая) для предупреждения нежелательной беременности пользуются барьерным методом (презерватив);

искусственный аборт в 4,5 раза, а самопроизвольный выкидыш и неразвивающаяся беременность в 7,1 раза увеличивают частоту доброкачественных заболеваний молочных желез;

Анализ клинического течения настоящей гестации у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе свидетельствует, что: репродуктивные потери в анамнезе являются фактором, увеличивающим риск осложненного течения последующей беременности. Частота угрозы прерывания беременности возрастает в среднем в 3 раза, если между искусственным абортом и настоящей гестацией прошло менее 1 года. Риск потери второй беременности у пациенток с самопроизвольным прерыванием первой беременности составляет 11,9%, а вероятность формирования повторной замершей беременности составляет 5,8%, у женщин с искусственным абортом и неразвивающейся беременностью в анамнезе течение настоящей гестации достоверно чаще (в 2 и более раз) осложняется угрозой прерывания на протяжении всей беременности, а в группе с самопроизвольными выкидышами частота угрозы прерывания в I триместре возрастает

в 7,2 раза, а во II - в 3,6, а в III триместре имеет местоу каждой седьмой. Длительная угроза прерывания беременности отмечалась в 2,6 раза чаще у повторнобеременных ($p<0,05$) после искусственного первого аборта и неразвивающейся беременности и в 5,4 раза - после самопроизвольного выкидыша. Нефропатия различной степени тяжести развивается в 1,4 раза чаще у повторнобеременных первородящих. У первобеременных пациенток с неосложненным течением беременности наиболее значимые и достоверные ($p<0,05$) различия активности выявились по ферменту АСЕ, уровень которого в плазме крови в первом триместре составил $0,020\pm0,0004$ нмоль/мг, а пик его активности выявлен в третьем триместре беременности. - $0,056\pm0,006$ нмоль/мг. Динамика изменения активности GLU была противоположной, то есть с увеличением срока беременности активность его в плазме крови уменьшалась. Максимальная активность этого фермента наблюдалась в первом триместре беременности ($0,004\pm0,0008$ нмоль/мг), во втором триместре она уменьшилась вдвое и составила $0,00210,0005$ нмоль/мг, а к третьему триместру ($0,001\pm0,0002$ нмоль/мг) - вчетверо ($p<0,05$). То есть, с увеличением срока беременности в плазме крови, наряду с увеличением активности одного фермента (АСЕ), активность другого (GLU) снижалась [2,8]. Определение активности лизосомальных энзимов в I триместре у пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе продемонстрировало неоднородность выявленных изменений, зависимость от характера осложнений настоящей беременности. Так, у 53 пациенток, чья беременность протекала с угрозой прерывания в первом триместре, активность обоих ферментов в плазме крови имела тенденцию к снижению по сравнению с физиологической беременностью. Активность GLU при угрожающем аборте практически в четыре раза уменьшалась ($p<0,05$) по сравнению с неосложненной беременностью и составила $0,001010,0001$ нмоль/мг, активность АСЕ несколько снизилась ($0,019\pm0,0002$ нмоль/мг), хотя и не имела достоверных различий с неосложненной беременностью. В двух случаях диагностированной повторной неразвивающейся беременности активность GLU составила $0,0033\pm0,0002$ нмоль/мг, но наиболее сильным было снижение АСЕ до $0,011\pm0,0005$ нмоль/мг, причем, статистически значимое снижение сыровоточного уровня ферментов отмечалось не только по сравнению с неосложненной беременностью, но и с угрозой прерывания беременности.

В сыворотке крови пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе, чья настоящая беременность протекала без угрозы прерывания в I триместре, отмечалось снижение активности фермента АСЕ, что, по всей видимости, является своего рода следовой реакцией после перенесенного самопроизвольного выкидыша и неразвивающейся беременности. Корреляционный анализ выявил сильные зависимости активности лизосомальных ферментов от ПОЛ: между ПОЛ и АСЕ ($r=+0,64$) и ПОЛ и GLU ($r=-0,64$), что свидетельствует о повреждении и деструкции клеточных мембран продуктами свободнорадикального окисления.

Доплерометрическое исследование продемонстрировало постепенное снижение сопротивления кровотоку в МА, РА и СА на протяжении первого, начала второго триместра беременности. У пациенток с

самопроизвольным выкидышем и неразвивающейся беременностью в анамнезе, чья настоящая беременность протекала без угрозы прерывания, было выявлено отсутствие латерализации кровотока, что свидетельствовало о снижении интенсивности кровотока и может являться неблагоприятным прогностическим признаком. В то же время, у 29 пациенток, чья беременность протекала с угрозой прерывания, УЗИ с применением доплерометрии показало, что более чем у каждой второй женщины (57,1%) при оценке структуры хориона была выявлена его неоднородность, характеризующаяся наличием гипозоногенных зон различной величины. Как правило, эти зоны локализовались либо в непосредственной близости к хориону (между миометрием и субхориальной пластиной), либо были в самой структуре хориона. При использовании функции энергетического картирования по периферии гипозоногенных структур определялся повышенный периферический кровоток.

Выводы

Для исхода беременности особую значимость имеет плацентарно-маточная область, поскольку структурное взаимодействие фетоплацентарных тканей и клеток с маткой определяет успешность и полноту важнейших процессов имплантации и дальнейшего состояния плода. Именно из-за этого мы считаем особенно важным включение пациенток с эхографическими признаками внутриутробного инфицирования в группу риска позволит избежать повторных репродуктивных потерь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамченко В.В. Антиоксиданты и антигипоксанты в акушерстве. // СПб.: ДЕАН. -2011.-400с.
2. Базовая М.Ю. Оптимизация диспансерного наблюдения в ранние сроки гестации женщин с отягощенным акушерским анамнезом: Автореф. дис.канд. мед. наук. Москва. - 2013. - 12с.
3. Горин В.С., Серов В.Н., Жабин С.Г. и др. Пренатальная диагностика хромосомных заболеваний: новые направления и методы // Акуш. и гинек. - 2011. - №1.-С.5-8.
4. Духина Т.А. Ультразвуковая доплерометрия в динамике первого триместра беременности: Автореф. дис.канд. мед. наук. - М. 2011. - 24с.
5. Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И., Негматуллаева М.Н. Особенности течения перименопаузального перехода женщин с ожирением. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. № 1-2.2020 Стр.39-42.
6. Калашникова Е.П., Федорова М.В. Недостаточность плаценты // Акуш. и гинек. 2012.- №8. - С.57-59.
7. Керчелаева С.Б. Значение антител к фосфолипидам и фосфолипидсвязывающим белкам при неразвивающейся беременности // Рос.вестник акушера-гинеколога. 2003. - том 3, № 4. - С.11 - 16.
8. Куценко И.И., Гудков Г.В., Томина О.В. Процессы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты при различной активности аденomioза // Рос.вестник акушера-гинеколога. 2013. - Том 3, №5. - С.13-16.
9. Мамедалиева Н.М., Исенова С.Ш. Алгоритм ведения пациенток с инфекционным генезом невынашивания // Материалы III -го Российского форума "Мать и дитя", Москва. 2011. - С. 109-110.
10. Махмудова А.Р., Хашаева Т.Х., Рамазанова И.В. и др. Внутриутробное инфицирование как фактор невынашивания беременности // Материалы III - го Российского форума "Мать и дитя", Москва. 2011. - С. 116-117.
11. Zaripova D. and Sharipova R. Comparative evaluation of the use of aleandronic acid in menopausal women complicated by osteoporosis. European journal of biomedical and pharmaceutical sciences. 2020. Vol-7, issue-6.

Поступила 09.11. 2020