

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

Султонова Н.А.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме

Невынашивание 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: преэклампсия, инфекция, лизосомальные ферменты.

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

Sultonova N.A.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ 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.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме

Ҳомила тушиши, қанда тарқасида, бир вақтнинг ўзида бир неча сабаблар натижасидир. Ҳомиланинг тушиши кўп омилли касаллик эканлигини ҳисобга олган [олда, 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 невынашивание 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 группу; 20 пациенток с искусственным прерыванием пер-

вой 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 "Medison SonoAec 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 обра-

зования, 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 $0,020 \pm 0,0004$ нмоль/мг, а пик его активности выявлен в третьем триместре беременности - $0,056 \pm 0,006$ 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 ($0,004 \pm 0,0008$ нмоль/мг), во втором триместре она уменьшилась вдвое и составила $0,0021 \pm 0,0005$ нмоль/мг, а к третьему триместру ($0,001 \pm 0,0002$ нмоль/мг) - вчетверо ($p < 0,05$). То есть, с увеличени-

ем срока беременности в плазме крови, наряду с увеличением активности одного фермента (АСЕ), активность другого (GLU) снижалась [2,8]. Определение активности лизосомальных ферментов 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 $0,00101 \pm 0,0001$ нмоль/мг, активность АСЕ несколько снизилась ($0,019 \pm 0,0002$ нмоль/мг), хотя и не имела достоверных различий с неосложненной беременностью. В двух случаях диагностированной повторной неразвивающейся беременности активность GLU составила $0,0033 \pm 0,0002$ нмоль/мг, но наиболее сильным было снижение АСЕ до $0,011 \pm 0,0005$ нмоль/мг, причем, статистически значимое снижение сывороточного 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.

Допплерометрическое исследование продемонстрировало постепенное снижение сопротивления кро-

вотоку 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 гипоехогенных 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 гипоехогенных 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 антигипоксанта 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. дисс.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. И.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 аденомиоза // 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