

ИССЛЕДОВАНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ.

(ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Асранкулова Дилором Бахтияровна¹

Шералиева Гулчирой Муроджон кизи²

Андижанский государственный медицинский институт

¹- Д.м.н, доцент заведующая кафедры 1-Акушерства и гинекологии Андижанского государственного медицинского института

²-свободный соискатель кафедры 1-Акушерства и гинекологии Андижанского государственного медицинского института

Аннотация. Одним из приоритетных направлений в акушерстве продолжает оставаться проблема недонашивания беременности. Частота преждевременных родов составляет 5-12% от общего числа родов. С их увеличением взаимосвязаны такие показатели, как перинатальная и ранняя неонатальная заболеваемость и смертность. На долю недоношенных детей приходится до 50% случаев мертворождений, 60-70% - ранней неонатальной и 65-75% - детской смертности.

Ключевые слова: фетоплацентарный комплекс, преждевременные роды, репродуктивный возраст.

STUDY OF CHARACTERISTICS OF THE FETOPLACENTAL SYSTEM DURING PREMATURE BIRTH.

(LITERATURE REVIEW)

Asrankulova Dilorom Bakhtiyarovna¹

Sheralieva Gulchiroy Murodjon kizi²

Andijan State Medical Institute

¹- Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of 1-Obstetrics and Gynecology, Andijan State Medical Institute

²-free applicant of the Department of 1-Obstetrics and Gynecology, Andijan State Medical Institute

Annotation. One of the priority areas in obstetrics continues to be the problem of preterm pregnancy. The frequency of preterm birth is 5-12% of the total number of births. Premature babies account for up to 50% of stillbirths, 60-70% of early neonatal and 65-75% of infant mortality. Premature babies are born stillborn 8-13 times more often than full-term babies, 20-30 times more likely to die in the first week of life. Perinatal mortality in preterm births is 33 times higher than in term births.

Key words: fetoplacental complex, preterm birth, reproductive age.

Преждевременные роды (ПР) остаются единственной самой большой проблемой для врачей в области материнской и педиатрической медицины XXI столетия [1, 2, 3]. Уровень перинатальной смертности является индикатором здоровья матери и качества услуг в области охраны материнства.

Несмотря на проводимые всесторонние мероприятия по оздоровлению женского населения частота преждевременных родов не имеет тенденции к снижению и составляет около 20-27% от общего числа беременностей [3, 5, 7]. Изучение причин преждевременных родов, принятие мер к их снижению продолжает оставаться важной проблемой в акушерстве.

В настоящее время в среде медицинской общественности развернулась дискуссия по вопросу относить ли прерывание беременности в 22-27 недель к аборту или родам и учитывать эти репродуктивные потери в показателе перинатальной смертности. В соответствии с международными стандартами и требованиями к регистрации перинатальной смертности в Узбекистане в данные статистики с целью международного сравнения включаются все случаи смерти плодов и новорожденных, родившихся с массой тела 1000 г и более.

По рекомендации ВОЗ [1], роды – это полное изгнание или извлечение (экстракция) мертвого или живого плода от матери массой более 500 грамм, независимо от срока беременности, либо при сроке 22 недели и выше. Недоношенность представляет собой одну из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. Это связано с высокой смертностью среди недоношенных детей. Только 1 из каждых 20 случаев родов, но 2 из 3 случаев смерти ребенка в перинатальном периоде связаны с недоношенностью [2].

Медико-социальная значимость недоношенности беременности определяется ее мало меняющейся частотой, высокой перинатальной смертностью недоношенных детей, большими трудовыми и экономическими затратами, связанными с их выхаживанием, а также значительной долей этих детей среди инвалидов с детства и больных с хронической патологией [4].

Преждевременные роды - полиэтиологическая акушерская патология, привлекающая внимание не только клиницистов, но и физиологов, морфологов, иммунологов, эндокринологов и специалистов других областей. В то же время многие вопросы этиологии, патогенеза, диагностики предупреждения этого осложнения остаются открытыми [6]. По рекомендации ВОЗ, преждевременные роды делят по срокам гестации на очень ранние (22-27 нед), ранние (28-33 нед) и собственно ПР (34-37 нед). Это обусловлено тем, что этиология ПР, особенности их ведения и исходы на этих этапах беременности различны. Среди причин преждевременных родов определенное значение имеют некоторые социальные факторы [9]. Сюда можно отнести профессию женщин, неблагоприятные условия труда на отдельных промышленных предприятиях, неудовлетворительные материально-жилищные условия матери, характер медицинского обслуживания беременной (М.Г. Эльдер, Ч.С. Хендрикс, Ф. Ариас). Этиология преждевременных родов многочисленна и разнообразна. Причины преждевременных родов можно разделить на три основные группы:

- зависящие от материнского организма;
- зависящие от состояния плода;
- связанные с нарушением взаимоотношений между материнским организмом и плодом.

Причины, вызывающие прерывание беременности, условно можно разделить на три группы. 1) Причины, связанные с состоянием здоровья матери:

- истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) — приобретенные или врожденные нарушения в строении шейки матки, которые ведут к нарушению запирающей функции шейки матки. В норме шейка матки выполняет роль ворот, которые закрыты в течение всей беременности, удерживают плодное яйцо и открываются во время родов, «выпуская» малыша. ИЦН развивается на фоне гормональных нарушений или повреждения шейки матки вследствие травматических родов, искусственного аборта, глубоких разрывов шейки матки;
- пороки развития матки (внутриматочная перегородка, однорогая, двойная матка — пороки, при которых матка неполноценна анатомически и функционально, и т.д.);
- заболевания различных систем и органов будущей матери (пороки сердца, гипертоническая болезнь, нефриты — воспаление почек, заболевания крови, сахарный диабет и т. д.);
- инфекционные заболевания матери (грипп, вирусный гепатит, краснуха, инфекции, передающиеся половым путем, и т. д.).

2) Причины, связанные с пороками развития плода.

3) Причины, связанные с состоянием, как матери, так и плода:

- преэклампсия - осложнение беременности, проявляющееся повышением артериального давления, появлением отеков и белка в моче; при этом страдают как будущая мама, так и плод;
- резус-конфликт - осложнение, при котором в организме резус-отрицательной мамы вырабатываются антитела к резус-положительным эритроцитам плода; эти антитела разрушают эритроциты младенца.
- аномалии прикрепления плаценты;
- преждевременная отслойка нормально или низко расположенной плаценты;
- неправильное положение плода;
- перерастяжение матки при многоводии, многоплодии.
- возраст моложе 18 и старше 30 лет.

Нередко преждевременные роды бывают вызваны несколькими причинами одновременно.

Отмечено, что это осложнение чаще возникает у женщин с поздним становлением менструального цикла (в 15-18 лет), часто болеющих инфекционными заболеваниями, страдающих инфекциями, передающимися половым путем.

Преждевременные роды являются мультифакторной патологией, однако анализ механизмов их развития позволяет выделить 4 основные причины:

- инфекция – острая, хроническая, системная, восходящая; бактериальная и/или вирусная.
- стресс матери и/или плод, обусловленный наличием экстрагенитальной патологии, осложнений беременности и плацентарной недостаточности, приводит к повышению уровня кортикотропин-рилизинг-гормона плодового и/или плацентарного происхождения [7].
- тромбофилическая нарушения, приводящие к отслойке плаценты и тромбозам в ней. Высокий уровень тромбина может провоцировать увеличение продукции

простагландинов, активацию протеаз и отслойку плаценты.

- перерастяжение матки при многоплодии, многоводии, при пороках развития матки и инфантилизме ведет к активации рецепторов окситоцина, выбросу интегринов, появлению протеинов «щелевых контактов» [9]

Преждевременные роды в определенной степени связаны с генитальными патологиями, прежде всего недоразвитием половой сферы. Причинами преждевременных родов и привычных выкидышей могут также являться двурогая матка и наличие перегородки во влагалище, недоразвитие организма женщины как причина невынашивания встречается в 13,1-28% случаев [1].

По мнению многих авторов, генитальный инфантилизм, сочетающийся с гипофункцией яичников, является ведущей причиной недонашивания [6]. Инфантилизм часто сочетается с гормональной недостаточностью яичников. Ведущим компонентом гормональной недостаточности яичников и плаценты является уменьшение секреции эстриола, прегнандиола и хорионального гонадотропина [7]. Преждевременные роды в определенной степени связаны с генитальными патологиями, прежде всего недоразвитием половой сферы. Причинами преждевременных родов и привычных выкидышей могут также являться двурогая матка и наличие перегородки во влагалище, недоразвитие организма женщины как причина невынашивания встречается в 13,1-28% случаев.

Инфекционные заболевания к началу XXI века остаются важной проблемой здравоохранения во всем мире. Научные открытия в области медицины и биологии доказали, что подавляющее большинство заболеваний имеет прямую связь с инфекционным агентом, например, ревматизм, миокардиты, гломерулонефрит [8, 9].

Многие микроорганизмы в силу своего присутствия и персистенции не вызывают заболеваний, но удерживают «иммунологический контроль» над иммунитетом, ослабляя его возможности. Разница в клинических вариантах течения всех этих заболеваний одна: насколько макроорганизм воспринимает вирулентность микроорганизма, а микроорганизм способен реализовать свою патогенность (Альберт А., 2018; Hacker J., 2016; Хуссамова Н. Р. и соавт., 2019). Реализация возможностей неспецифического иммунитета организма, рациональная химиотерапия на фоне всевозрастающего потенциала естественного специфического иммунитета способна приводить к полному клиническому выздоровлению с полным исчезновением микроорганизмов (Кьюмерле Х. П., Брендел К., 2017; Липшульц Л., Клайнман И., 2017;).

Инфекция мочевыводящих путей относится к наиболее распространенным заболеваниям, которые могут вызываться условно-патогенной микрофлорой. Условно-патогенная микрофлора заселяет соответствующую экологическую нишу в виде определенной области тела, формируя ответ специфического и неспецифического иммунитета, ограничивающих их область жизнедеятельности. Но наличие этой же патогенности, с другой стороны, обуславливает невозможность внедрения в эту же экологическую нишу других - более патогенных микробов (Carson H. J. et al., 2020; Hockertz S., 2021).

Нередко бактериальная инфекция плода и новорожденного связана с его инфицированием микрофлорой матери во время прохождения по родовому каналу, т. е. интранатально [3,5].

Общий список возбудителей внутриутробных инфекций включает в себя вирусы, бактерии, риккетсии, микоплазмы, грибы, паразитов (Enders G., Gartner L., 2018; Watts D. H., 2020). В последние годы возросла роль условно-патогенных микроорганизмов. Еще в

середине восьмидесятых годов наиболее часто верифицировались такие грамотрицательные аэробные бактерии, как эшерихии, клебсиеллы, протеи. К середине девяностых произошло явное изменение биологических свойств условно-патогенной микрофлоры некоторых групп микроорганизмов.

Следовательно, беременность, как состояние материнского организма, является благодатным фоном для реализации инфекционно-воспалительного процесса в мочевыводящей системе, потому что одновременно имеются все предпосылки для восходящего пути инфицирования вследствие застоя мочи как благоприятной среды для размножения инфекционного агента на фоне пониженной реактивности клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Таким образом, обобщая весь материал, можно полагать, что преждевременные роды следует рассматривать как следствие многих причин, и порой трудно решить, какая из них является ведущей. В большинстве случаев причины досрочного прерывания беременности являются сочетанными. Исследование и повторное определение факторов риска наступления преждевременные роды является необходимым условием разработки более эффективных программ прогнозирования и профилактики.

Литература.

1. Акшбаева К. С., Ходоренко А. В., Айткулова В. Р. Сравнительное морфологическое исследование плаценты при заболеваниях урогенитального тракта // *Новости дерматол. и венерол.* – 2020. - №1-2. – С. 92-95.
2. Аль-Шукри С. Х. Иммунное состояние у больных первичным и вторичным пиелонефритом // *Урол. и нефрол.* - 2019. - №3. - С. 17-20.
3. Баев О. Р., Стрижаков А. П. Резидентная флора генитального тракта и этиология инфекционных осложнений беременности и послеродового периода // *Акушерство и гинекология.* 2017. №6. - С. 3-7.
4. Баккетейг Л. С, Хофман Х. Д. Эпидемиология преждевременных родов. *Преждевременные роды / под ред. Т. Г. Эльдера и др., перевод с англ.* - М.: Медицина, 2018. - С. 23-28.
5. Водолазская Т. И. Хроническая гипоксия плода у женщин с привычным невынашиванием и высоким риском развития воспалительных осложнений: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Москва, 2019. – 15 с.
6. Забиров К. И., Шаббад А. Л. Факторы риска восходящей мочевой инфекции у женщин // *Пленум правления Всерос. общества урологов.* - М., 2018. - С. 243.
7. Инструкция по внедрению критериев живорождения и мертворождения, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения в Ферганской области Республики Узбекистан. – USAID/CDC. ЮНИСЕФ. - Ташкент, 2022. – 140 с
8. Alovern J., Debrulle Ch. Les prématurés nés par césarienne avant 32 semaines de grossesse // *J. Gynecol. Obstet - Biol. Reprod.* - 2019 – Vol. 5. - P. 930-936.
9. Bakketeyg L. S., Hoffman H. J. Pregnancy order and reproductive loss // *British Med. J.* – 2019. - №3. – P. 716.