



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

УДК 618.346 008.8 07 092

Абдуллаева Лола Сайфуллаевна

Ассистент кафедры Акушерства и гинекологии

ФПДО СамМИ, Узбекистан, Самарканд

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

Д.м.н., профессор

Кафедры акушерства и гинекологии

Ташкентского Государственного стоматологического института

Ташкент, Узбекистан

Сафаров Алиаскар Турсунович

к.м.н., доцент

Самаркандского Государственного Медицинского института

Кафедры Акушерства и гинекологии,

факультета последилового образования,

Самарканд, Узбекистан.

Сулайманова Нодира Жумаевна

кандидат медицинских наук, доцент

Кафедры акушерства и гинекологии

Ташкентского Государственного стоматологического института

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МНОГОВОДИЕМ

For citation: Abdullaeva Lola Sayfullaevna, Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdammovna, Safarov Aliaskar Tursunovich, Suleymanova Nodira Jumaevna, Clinical and morphological parallels in pregnancies complicated by polyhydramnios, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1, pp. 37-41

<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-9>**АННОТАЦИЯ**

Проблема развития многоводия является актуальной в связи с возникающими при этом осложнениями беременности и родов, как для матери, так и для плода. Одним из наиболее опасных осложнений являются гипотонические кровотечения в послеродовом периоде, влекущие за собой увеличение материнской заболеваемости и смертности. Среди причин кровотечений многоводие, частота которого достигает 1-8% от общего пула беременных, занимает одну из ведущих позиций. Целью исследования явилось изучение особенностей клиники и морфологической структуры стенки матки при многоводии различной степени тяжести. Всё это диктует необходимость совершенствования способов профилактики гипотонических послеродовых кровотечений у женщин с многоводием.

Ключевые слова: беременность, многоводие, послеродовое гипотоническое кровотечение, миометрий, отёк, кровоизлияние.

Abdullaeva Lola Sayfullaevna

Assistant of Department of Obstetrics and Gynecology Assistant of

Department of Obstetrics and Gynecology, FPE Samarkand, Uzbekistan

Kattakhojaeva Makhmuda Khamdamovna

M.D., Professor Professor, Department of Obstetrics and Gynecology

Department of Obstetrics and Gynecology at Tashkent State

Institute of Dentistry Tashkent, Uzbekistan

Safarov Aliaskar Tursunovich

Candidate of medical sciences, associate professor

Samarkand State Medical Institute

Department of Obstetrics and Gynecology,

Faculty for Postgraduate Education,

Samarkand, Uzbekistan.

Sulaimanova Nodira Jumayevna.

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Department of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Institute of Dentistry
Tashkent, Uzbekistan

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL PARALLELS IN PREGNANCIES COMPLICATED BY POLYHYDRAMNIOS

ANNOTATION

The problem of the development of polyhydramnios is relevant in connection with the complications of pregnancy and childbirth, both for the mother and for the fetus. One of the most dangerous complications is hypotonic bleeding in the postpartum period, which leads to an increase in maternal morbidity and mortality. Among the causes of bleeding, polyhydramnios, the frequency of which reaches 1-8% of the total pool of pregnant women, occupies one of the leading positions. The aim of the study was to study the features of the clinic and the morphological structure of the uterine wall in polyhydramnios of varying severity. All this dictates the need to improve ways to prevent hypotonic postpartum bleeding in women with polyhydramnios.

Key words: pregnancy, polyhydramnios, postpartum hypotonic bleeding, myometrium, edema, hemorrhage.

Abdullayeva Lola Sayfullaevna

SamMI DKTF Akusherlik va ginekologiya
kafedrası assistenti, Uzbekiston, Samarkand

Kattahodjeva Mahmuda Hamdamovna

t.f.d., professor Akusherlik va ginekologiya kafedrası
Toshkent davlat stomatologiya instituti
Toshkent, O'zbekiston

Safarov Aliasqar Tursunovich

SamMI DKTF Akusherlik va ginekologiya
kafedrası dotsenti, Uzbekiston, Samarkand

Sulaymonova Nodira Jumaevna

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Akusherlik va ginekologiya kafedrası
Toshkent davlat stomatologiya instituti
Toshkent, O'zbekiston

HOMILADORLIK PAYTIDA KLINIK VA MORFOLOGIK PARALLELLAR KO'PSUVLILIKNING ASORATLARI

ANNOTATSIIYA

Ko'psuvlilik rivojlanish muammosi homiladorlik va tug'ilishning ona va homila uchun yuzaga keladigan asoratlari bilan bog'liq. Eng xavfli asoratlardan biri tug'ruqdan keyingi davrda hipotonik qon ketishdir, bu esa onaning kasalligi va o'lim darajasining oshishiga olib keladi. Qon ketishining sabablari orasida homilador ayollarning umumiy sonidan 1-8% ni ko'psuvlilik o'rini egallaydi. Tadqiqot maqsadi klinikaning o'ziga xos xususiyatlarini va turli darajadagi ko'psuvlilik bilan bachadon devorining morfologik tuzilishini o'rganishdir. Bularning barchasi ko'psuvlilik homilador ayollarda hipotonik tug'ruqdan keying qon ketishining oldini olish usullarini takomillashtirish zarurligini ta'kidlaydi.

Kalit so'zlar: homiladorlik, ko'psuvlilik, tug'ruqdan keyingi qon ketish, miyometriy, shishlar, qon quyulishi.

Актуальность проблемы. Несмотря на значительный прорыв акушерской науки и практики во второй половине 20 века и начавшемся 21 веке, внедрение инновационных методов, бурное развитие фармакологической индустрии, одной из наиболее актуальных проблем акушерства остается проблема акушерских кровотечений (6). Из 550-600 тысяч материнских смертей около 200000 умирают от акушерских кровотечений (1, 8). Кровотечение находится на ведущих позициях среди так называемой «большой пятерки» («big five») причин материнской смертности (2; 3, 9). При этом, из умирающих по причине массивного акушерского кровотечения, 125 тысяч женщин, почти половина погибает от гипотонии матки. Главными причинами развития гипо и атонических кровотечений может быть недостаточность ретракции миометрия и тромбообразования в сосудах плацентарной площадки, имеющей от 150 до 200 спиральных артерий. Интенсивная ретракция мышечных волокон матки после рождения ребенка способствует сжатию, скручиванию и втягиванию в толщу мышцы спиралевидных маточных артерий, наряду с которым начинается процесс тромбообразования. Формирование плотных, эластичных тромбов обеспечивает надежный гемостаз. Нарушения коагуляционных свойств крови, а также снижение сократительной способности миометрия в сочетании друг с другом, играют решающую роль в развитии послеродовых кровотечений (7, 11, 4). Еще одной из причин гипотонии матки может быть также дисплазия соединительной ткани. При дисплазии соединительной ткани, частота АК в 1,7 раз выше, чем в общей популяции. Маслякова Г.Н. (2014), в гистологических исследованиях маток, удаленных по поводу гипотонических

послеродовых кровотечений неясного генеза показала, что матка не способна достаточно сократиться при опухолях, перерастяжении из-за многоплодия, многоводия, крупного плода. Считается, что нарушение сократительной функции матки связано с перерастяжением и "истощением" сократительной способности миометрия, с инфекцией, а также с анатомическими/функциональными особенностями матки, с задержкой частей последа или сгустков крови в полости матки (10).

Одной из причин репродуктивных потерь является многоводие во время беременности. Частота этого осложнения, по данным зарубежных и отечественных авторов, колеблется от 0,12 до 8,4%. Среди причин, приводящих к многоводию, выделяют: сахарный диабет, острые и рецидивирующие хронические инфекционные заболевания, изосенсибилизацию по резус-фактору, пороки развития плода. Чрезмерное количество жидкости определяют косвенным образом по УЗИ-критериям, как правило, с помощью ИАЖ (AFI). AFI представляет собой сумму глубин столба жидкости по вертикали, измеренного в каждом квадранте матки. В норме AFI составляет от 5 до 24 см; значения ≥ 24 см указывают на многоводие. Чаще встречается хронический гидрамнион, когда избыточная амниотическая жидкость аккумулируется постепенно. При острой форме объем околоплодных вод увеличивается резко (за несколько часов или суток). Большую роль в развитие гипотонических послеродовых кровотечений играет скорость накопления околоплодных вод и их объем. Весьма интересными с научных позиций являются морфологические изменения плодовых оболочек, обнаруженные при морфологических и электронно-микроскопических

исследованиях. Были выявлены морфоструктурные изменения амниона, свидетельствующие о преобладании процессов резорбции околоплодных вод над процессами реабсорбции, что является патогенетическим механизмом избыточного накопления амниотической жидкости (5). При этом остаются недостаточно изученными морфоструктурные изменения, происходящие в стенке матки при многоводии.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клиники и морфологической структуры стенки матки при многоводии различной степени тяжести.

Материалы исследования. Были изучены особенности течения беременности и родов 49 женщин, у которых развилось многоводие в сроках 32-40 недель. Все наблюдаемые пациентки проходили полное клиническое обследование в условиях городского родильного комплекса №2 города Самарканда за период 2018- 2019 годы. Контролем служили показатели 40 женщин контрольной группы с физиологическим течением гестации аналогичного возраста и паритета. Проведены гистологические исследования тканей миометрия, полученные при операции кесарева сечения у 23 пациенток основной и 10 пациенток, оперированных в плановом порядке в связи с наличием рубца на матке.

Методы исследования: клинические (акушерские), лабораторные (общеклинические и биохимические исследования крови, мочи, выделений, коагулограмма), функциональные (ЭКГ, доплерометрия, УЗИ). Также были использованы специальные морфологические исследования. Фрагменты миометрия размером 2х1 см, полученные при проведении операции кесарева сечения, фиксировали в 10% нейтральном формалине, заливали в парафин с воском. Депарафинизированные срезы окрашивали гематоксилином и эозином, для выявления коллагеновых волокон соединительной ткани использовали метод Ван-Гизона. На основании полученных результатов оценивали качественные и количественные изменения миометрия. Исследования микропрепаратов и фотографирование проводилось с использованием светового микроскопа при увеличении: Об.40, ок.10.

Результаты исследования. Возраст исследованных колебался от 20 до 36 лет. Основную массу -57% составили беременные в возрастной группе от 21 до 30 лет. При этом, группы по возрастному признаку были репрезентативными. Нами был проведен анализ соматических заболеваний, которые могли способствовать развитию многоводия и возникновению риска гипотонического кровотечения. Стоит отметить, что различные соматические заболевания отмечались у 75% беременных. В структуре соматических заболеваний лидирующее место занимает железодефицитная анемия – 50,3%, на втором месте – варикозная болезнь – 19,4%, на третьем месте – заболевания органов пищеварения – 16,6%, ожирение -31%, воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей- 29%. Сахарный диабет 1 типа был диагностирован у 2 женщин, второго типа – у 1. В структуре сопутствующей генитальной патологии наиболее часто имели место хронические воспалительные заболевания матки и придатков (74,2%), бактериальный вагиноз (28,5%), патология шейки матки (33,4%), кольпит и цервицит (43%). У 46% беременных с многоводием был обнаружены такие

инфекции, передающиеся половым путем, как ЦМВ, ВПГ, микоплазма. Необходимо отметить, что в основной группе частота атрифициальных аборт в анамнезе встречалась в 1,5 раза больше, нежели в контрольной группе ($p<0,001$). В показателях анамнестических данных предыдущих беременностей установлено, что у женщин основной группы достоверно чаще наблюдались самопроизвольные выкидыши по сравнению с женщинами контрольной группы ($p<0,001$). Диагноз многоводия был установлен в сроках беременности 28-34 недели у 5 (10,2%), 35-38 недели- у 23 (46,9%) и в 38-42 недели у 21 женщины основной группы (42,8%). Умеренное многоводие на фоне хронического гидрамниона по результатам клинических исследований (ОЖ, ВДМ, симптом «флюктуации») и УЗИ (объем амниотической жидкости AFI от 24 до 28см.) было диагностировано у 44 (89,9%) беременной основной группы. В 5 случаях имело место острое многоводие тяжелой степени с объемом амниотической жидкости более 3 литров. Беременным с многоводием проводилась терапия согласно стандартам, принятым в республике. Наиболее частыми осложнениями беременности были гипертензивные состояния (14%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (13%), предлежание плаценты (5%), антенатальная гибель плода (1%). У 23 женщин основной группы беременность завершилась операцией кесарева сечения в связи с перечисленными выше осложнениями беременности и родов. 26 женщин (53%) были родоразрешены через естественные родовые пути. В 8 случаях родов через естественные родовые пути проводилось ручное обследование полости матки в связи с начавшимся послеродовым кровотечением. Средняя кровопотеря в родах в основной группе составила $437,7 \pm 50,5$ мл. В контрольной группе данный показатель достигал $258,9 \pm 35,9$ мл. С целью остановки кровотечения всем роженицам была применена принятая по стандартам кровоостанавливающая терапия с применением Окситоцина, Метилэргометрина, кровоостанавливающих препаратов. В 7 случаях применен препарат ПАБАЛ в стандартных дозах. Случаев гистерэктомии или других оперативных вмешательств с целью остановки кровотечения произведено не было. При операции кесарева сечения производился забор ткани миометрия для морфологического исследования у всех женщин с многоводием. После ушивания операционной раны всем роженицам с многоводием с целью профилактики кровотечения проводилась деваскуляризация матки путём наложения узловатых швов на сосудистые пучки с захватом мышечного слоя матки и круглых маточных связок на уровне ниже операционной раны и выше внутреннего зева. Вторая пара швов накладывалась в проекции собственных связок яичников и маточных труб. После проведенных мероприятий ни одного случая послеродового кровотечения не наблюдалось.

Проведенные морфологические исследования свидетельствуют о значительных морфоструктурных изменениях, которые претерпевает стенка матки при многоводии. Отмечается кровенаполненность сосудов матки, форма эритроцитов неопределенная. Отмечается гипертрофия мышечных волокон (рис.1). Ядра миоцитов не видны. Имеются признаки умеренного отека тканей и слабо выраженная имбиция миометрия кровью (рис.2).

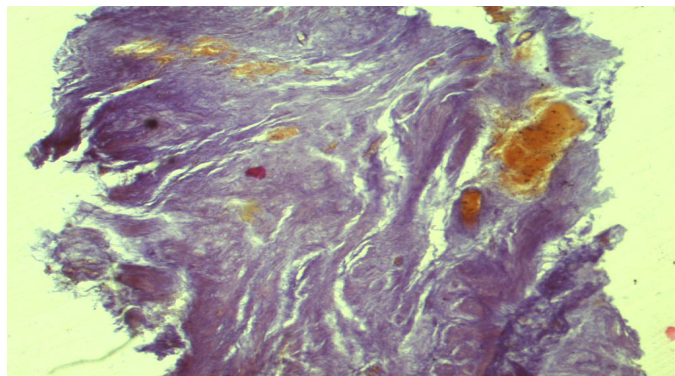


Рис.-1. Послеродовая матка. Умеренное многоводие. Окраска Гематоксиллин – эозином. Об.40, ок.10.

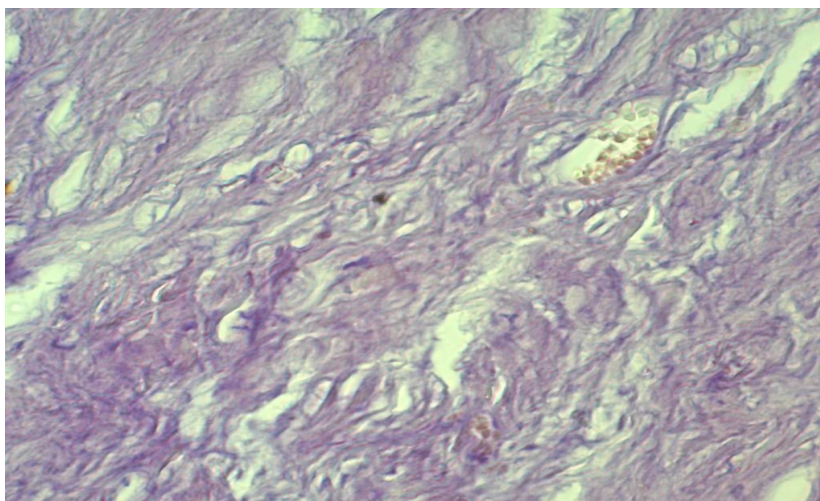


Рис.-2. Послеродовая матка. Умеренное многоводие. Окраска Гематоксилин – эозином. Об.40, ок.10.

На данном рисунке также видны признаки кровенаполнения и извитости сосудов миометрия, гипертрофия мышечных волокон и отёчность стенки матки.

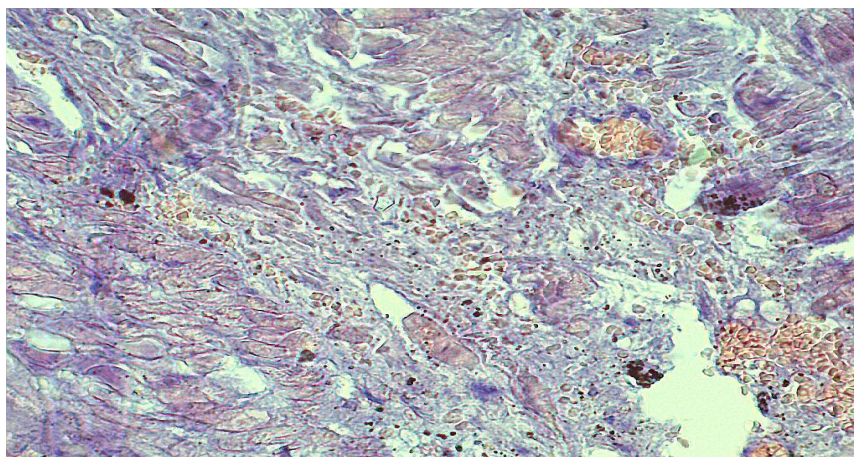


Рис.-3. Послеродовая матка. Выраженное многоводие. Окраска Гематоксилин – эозином. Об.40, ок.10.

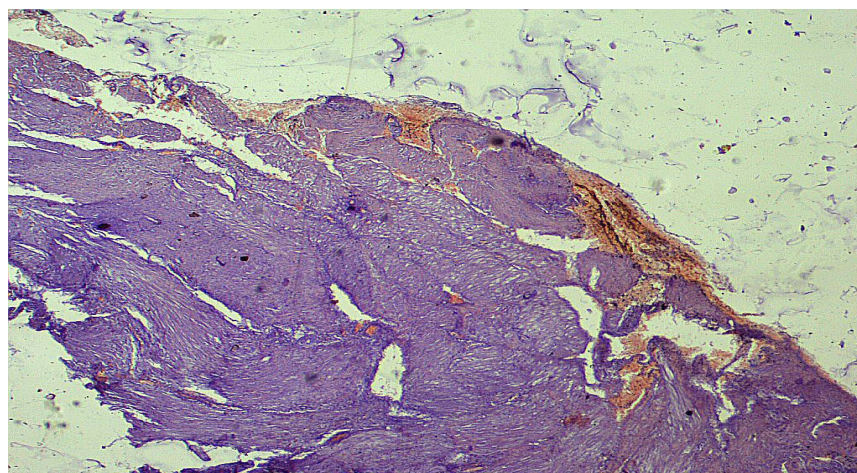


Рис.-4. Послеродовая матка. Острое многоводие. Окраска Гематоксилин – эозином. Об.40, ок.10.

В 5 случаях выраженного многоводия с объёмом амниотической жидкости более 3 литров степень морфологических изменений стенки матки была ещё более выраженной.

Наряду с явной кровенаполненностью и извитой структурой сосудов, гипертрофией мышечных волокон, не определяются ядра миоцитов (рис.3) . Наиболее характерным для данной стадии многоводия является выраженный отёк тканей и их геморрагическая имбиция (рис.4).

Обсуждение и заключение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что полигидрамнион чаще всего развивается при наличии у женщины различных соматических заболеваний: анемии, воспалительных процессов мочевыделительной системы, эндокринной патологии поджелудочной и щитовидной железы. Из гинекологических заболеваний чаще всего сочетаются с воспалительными заболеваниями органов гениталий, вызванных вирусными и

бактериальными возбудителями. В большинстве случаев на этом фоне развивается картина умеренного многоводия, однако в 1-2% случаев имеет место выраженное многоводие с объемом амниотической жидкости более 3 литров. В 12-15% случаев наряду с многоводием развивается гипертензивный синдром и угроза преждевременных родов. Сочетанные патологии беременности пагубно отражаются не только на здоровье матери, но и на состоянии плода, приводя к случаям внутриутробной его гибели в антенатальном периоде (1%). Несмотря на проведение профилактических мероприятий по предотвращению кровотечений в послеродовом периоде, кровопотери при полигидрамнионе достоверно вдвое превышает таковые параметры при физиологической беременности. Изучение морфоструктуры стенки матки при многоводии свидетельствует о наличии выраженных её изменений. При этом происходят процессы гипертрофии и удлинения, изменение формы и размеров ядер миоцитов, перемежающиеся с участками снижения количества миоцитов, отмечаются изменения кровеносных сосудов в виде извитости их форм, стаза крови с

изменением форм эритроцитов. Наиболее характерными для данной патологии являются процессы отека и кровоизлияний межмышечного пространства. Все перечисленные патологические процессы усугубляются прямопропорционально с увеличением количества околоплодных вод, то есть по мере нарастания степени тяжести многоводия. Перечисленные морфологические изменения являются одним из патогенетических механизмов развития у этих пациенток послеродовых гипотонических кровотечений.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о наличии прямых клинико-морфологических взаимосвязей между степенью тяжести многоводия и выраженностью структурных изменений стенки матки. Несмотря на проводимые профилактические мероприятия, объем кровопотери вдвое выше, чем при физиологической беременности. Всё это диктует необходимость совершенствования способов профилактики гипотонических послеродовых кровотечений у женщин с многоводием.

Использованная литература:

1. Висаитов М.Б. Течение беременности и родов, перинатальные исходы при двойне. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., - 2003;
2. Садчиков Д.В., Маршалов Д.В. Прогноз и интенсивная терапия массивной акушерской кровопотери // Анестезиология и реаниматология. – 2015. – №4. – С. 30-34.
3. Салов И.А., Маршалов Д.В. Прогноз и лечение массивной акушерской кровопотери // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2014. – №2. – С. 29-33.
4. Маслякова, Г. Н. Морфологические изменения миометрия при различных видах акушерской патологии / Г. Н. Маслякова, Е. Б. Малыбаева // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. – Т. 10, № 4. – С. 603–607.
5. Каттаходжаева М.Х. // Электронно-микроскопические изменения эпителия плодовых оболочек при некоторых акушерских патологиях. / Клеточные механизмы приспособительных процессов. Ташкент, 1984. С. 31-34.
6. Послеродовое кровотечение // Клинические протоколы / сост.: О.Р. Баев [и др.]. – М., 2015. - С. 34-46.
7. Bateman B.T., Berman M.F., Riley L.E., Leffert L.R. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries // Anesth. Analg. – 2013. – Vol. 110. – P. 1368-1373.
8. Yelese Y.O, Scorza W.E., Mastrolia R., Smulian J.C. Postpartum hemorrhage // Obstet. Gynecol. Clin. North Am. – 2014. – Vol. 34, №3. – P. 421-441.
9. Lalonde A., Daviss B.A., Acosta A., Herschderfer K. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006 // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2016. – Vol. 94. – P. 243-253.
10. Lu M.C., Muthengi E., Wakeel F. Prolonged second stage of labor and postpartum hemorrhage // J. Matern. Fetal Neonatal Med. – 2014. – Vol. 22, №3. – P. 227-232.
11. Maternal risk factors for peripartum transfusion / D.B. Ehrenthal, M.L. Chichester, O.S. Cole, X. Jiang // J. Womens Health (Larchmt). - 2012. - Vol. 21, № 7. - P. 792-797.