

**SIGNS OF PLACENTAL INSUFFICIENCY IN PREGNANT WOMEN WITH
HELMINTH-PROTOZOAL INVASION**
Babashova F.M. (Republic of Azerbaijan) Email: Babashova337@scientifictext.ru

*Babashova Fidan Mahmud kizi – Senior Laboratory Assistant,
DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY,
AZERBAIJAN STATE INSTITUTE OF ADVANCED TRAINING OF DOCTORS NAMED AFTER A. ALIYEV,
BAKU, REPUBLIC OF AZERBAIJAN*

Abstract: on the basis of the developed clinical and laboratory criteria for the period from 2015 to 2017, 152 women in the age group from 18 to 38 years with worm infestation, in the period of pregnancy 16-40 weeks were examined. It was found that in pregnant women with helminth-protozoal infestation echographic signs of primary placental insufficiency are visualized in 55.9±6.0% of pregnant women with mixed infestation, with monoinvasia - in 66.7±5.1% of pregnant women of comparison group 7.1 %. It is characteristic that in pregnant women of the comparison group, the predominant sign of placental insufficiency is thickening of the placenta, placenta hypoplasia is rare (4.8%, 2 cases). In pregnant women with monoinvasia, there is a combination of several ultrasonographic signs. Secondary placental insufficiency in 21-24 weeks in the form of changes in the structure and thickening of the placenta: in pregnant women with monoinvasia, 49.1±5.5%, thickening of the placenta and changes in its structure in 30.9±5.0%, in pregnant women with mixed invasion, thickening of the placenta is noted in 32.4±5.6% of cases and changes in its structure in 35.3±5.8% of cases.

Keywords: helminth-protozoal invasion, ultrasound examination, placental insufficiency.

**ПРИЗНАКИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С
ГЕЛЬМИНТНО-ПРОТОЗОЙНОЙ ИНВАЗИЕЙ**
Бабашова Ф.М. (Азербайджанская Республика)

*Бабашова Фидан Махмуд кызы – старший лаборант,
кафедра акушерства-гинекологии,
Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева,
г. Баку, Азербайджанская Республика*

Аннотация: на основе разработанных клинико-лабораторных критериев за период с 2015 по 2017 годы было обследовано 152 женщины в возрастной группе от 18 до 38 лет с глистными инвазиями, в сроке беременности 16-40 недель. Было установлено, что у беременных с гельминтно-протозойными инвазиями эхографические признаки первичной плацентарной недостаточности визуализируются у 55,9±6,0% беременных со смешанной инвазией, с моноинвазией - у 66,7±5,1% беременных группы сравнения 7,1%. Характерно, что у беременных группы сравнения преобладающий признак плацентарной недостаточности – утолщение плаценты, гипоплазия плаценты встречается редко (4,8%, 2 случая). У беременных с моноинвазией отмечается сочетание нескольких эхографических признаков. Вторичная плацентарная недостаточность в 21-24 недели в виде изменения структуры и утолщения плаценты: у беременных с моноинвазией отмечается в 49,1±5,5%, утолщения плаценты и изменения ее структуры в 30,9±5,0%, у беременных со смешанной инвазией отмечается утолщение плаценты в 32,4±5,6% случаев и изменения ее структуры в 35,3±5,8% случаев.

Ключевые слова: гельминтно-протозойная инвазия, ультразвуковое исследование, плацентарная недостаточность.

Фетоплацентарную недостаточность (ФПН) следует рассматривать как симптомокомплекс, при котором имеют место морфофункциональные нарушения как со стороны плаценты, так и со стороны плода вследствие экстрагенитальных гинекологических заболеваний и ряда акушерских осложнений [1].

Одним из наиболее значимых патогенетических факторов, приводящих к развитию ФПН, является недостаточность инвазии цитотрофобласта. Если к окончанию I триместра беременности не полностью реализуется первая волна инвазии, то это приводит к тому, что уже с ранних сроков беременности имеет место сниженный объем притекающей материнской крови к плаценте. При недостаточности второй волны инвазии цитотрофобласта в миометральные сегменты спиральных артерий, сосуды сохраняют эндотелий, среднюю оболочку и эластические мембраны. Узкий просвет спиральных артерий, их резистентность и чувствительность к сосудодвигательным раздражителям препятствуют нормальному кровотоку, что не обеспечивает адекватного прироста маточно-плацентарного кровообращения и в конечном итоге приводит к уменьшению кровоснабжения плаценты и ишемии ворсин.

Нарушение кровотока в спиральных артериях сопровождается также геморрагическими нарушениями и в межворсинчатом пространстве. Патология спиральных артерий может привести как к преждевременной отслойке плаценты, так и к ее острому геморрагическому инфаркту [3, 4].

Цель исследований - изучение характера и частоты эхографических признаков плацентарной недостаточности у беременных с гельминтно-протозойной инвазией в г. Баку.

Материалы и методы исследования. В качестве оптимального варианта дизайна исследования, проводимого для определения факторов риска и прогностических факторов, выбрано когортное ретроспективное исследование «случай-контроль». На основе разработанных клинико-лабораторных критериев, за период с 2015 по 2017 год было обследовано 152 женщины в возрастной группе от 18 до 38 лет (средний возраст $27,98 \pm 5,3$) с глистными инвазиями, в сроке беременности 16-40 недель. В ходе ретроспективного исследования в зависимости от характера течения беременности и ее исхода сформированы следующие группы: 1-я основная группа – 84 женщин ($55,3 \pm 4,0\%$), беременность которых протекала на фоне моноинвазии гельминтами и закончилась рождением живых новорожденных; 2-я основная группа – 68 женщин ($44,7 \pm 4,0\%$), беременность которых осложнилась смешанной гельминтно-протозойной инвазией и закончилась рождением живых новорожденных. Группу сравнения (3-ю) составили 42 женщины, беременность которых протекала без гельминтно-протозойной инвазии и закончилась рождением живых доношенных детей. Обследование всех женщин проводилось на сроках 16-22, 23-29, 30-36 и 37-40 недель беременности.

Комплексное ультразвуковое исследование включало фетометрию, плацентографию, оценку качества и количества околоплодных вод. При обследовании беременных в 10-14 недель определяли средний внутренний диаметр плодного яйца, копчиково-теменной размер, толщину воротникового пространства и место прикрепления хориона.

Результаты исследования. В ходе исследований всех обследованных пациенток вели проспективно. При этом с I триместра беременности наблюдали - $47,4 \pm 3,7\%$ беременных, со II триместра - $38,4 \pm 2,8\%$, и с III триместра - $14,2 \pm 2,8\%$ беременных. Возраст беременных основной группы колебался от 18 до 38 лет (средний возраст $27,98 \pm 5,3$ лет), а в контрольной группе – $26,5 \pm 3,7$ лет. Как оказалось, самая многочисленная группа - это беременные в возрастной группе 19-29 лет: в основной группе – 99 женщин, что составляет $63,8 \pm 5,2\%$, а в контрольной группе – 21 беременных – $50,3 \pm 7,7\%$. Первые и повторные роды в 30 лет и старше (в основной группе – 42 человек, а в контрольной группе - 18), составляют соответственно $27,6 \pm 3,6\%$ и $42,6 \pm 7,5\%$. Беременность в возрасте до 18 лет наблюдали у 13 ($8,6 \pm 1,6\%$) и у 3 ($7,1 \pm 1,2\%$), соответственно по группам ($p > 0,05$). Анализ возрастного состава родильниц сравниваемых групп не выявил существенных различий, наиболее часто рожали женщины оптимального детородного возраста (19-29 лет). У всех женщин, включенных в исследование, проведена оценка ряда факторов риска формирования плацентарной недостаточности и ранних репродуктивных потерь (возраста, социального и бытового статуса, экстрагенитальной патологии, акушерско-гинекологического анамнеза и др.). При анализе паритета беременностей и родов обследованных женщин установлено, что во всех группах, преобладали повторнородящие пациентки: в 1 группе - $49,1 \pm 5,5\%$, во 2 группе $57,4 \pm 5,9\%$, в группе сравнения - $59,6 \pm 7,6\%$. Количество первобеременных первородящих соответственно по группам было представлено следующим образом: в 1 группе - $42,6 \pm 5,4\%$, во 2 группе $33,8 \pm 5,7\%$, в группе сравнения - $33,3 \pm 7,3\%$. В большом проценте случаев у женщин всех групп выявлялись болезни крови (преимущественно анемия), при беременности, осложнившейся впоследствии моноинвазией, признаки анемии зафиксированы в каждом четвертом случае (от $19,0 \pm 6,0\%$ до $25,0 \pm 4,7\%$). Хронические заболевания мочевыводящей системы были представлены в большинстве наблюдений хроническим пиелонефритом (от $7,1\%$ до $19,1 \pm 4,7\%$).

Выводы. Необходимы профилактические мероприятия, неотъемлемой частью которых является определение их эффективности, оценка развития беременности, формирования плаценты, роста и развития плода на основании результатов ультразвукового и лабораторного скрининга.

Беременная с ФПН должна быть своевременно госпитализирована в акушерский стационар для подготовки организма к родам и решения вопроса о сроке и способе родоразрешения.

Список литературы / References

1. Сидорова И.С., Макаров И.О. Клинико-диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности. М.: МИА, 2005.
2. Радзинский В.Е., Смалько П.Я. Биохимия плацентарной недостаточности. М.: Изд-во РУДН, 2001.
3. Ранние сроки беременности. Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадовой. М.: МИА, 2005.